DE LA

RÉSECTION DE LA HANCHE

DANS LES CAS DE COXALGIE

EXTRAIT DES MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

(Tome XXV, page 445 à 583.)

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

DE LA

RÉSECTION DE LA HANCHE

DANS LES CAS DE COXALGIE

ET DE PLAIES PAR ARMES A FEU

PAR

LÉON LE FORT,

Prosecteur à la Faculté de médecine de Paris,
membre de la Société anatomique, de la Société médicale d'observation,
membre correspondant de l'Académie de Milan,
des Sociétés de médecine du département du Nord, d'Odessa, etc.

Nulla est alia pro certo noscendi via, nisi quam plurimas est morborum et dissectionum historias, tum aliorum, tum proprias, collectas habere et inter se comparare.

(MORGAGNI, *De sedibus et causis morborum*, lib. IV.)

MÉMOIRE LU A L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

(DANS LA SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1860).

PRESENTED by the AUTHOR.

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

Rue Hautefeuille, 19

1862

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22297364

DE LA

RÉSECTION DE LA HANCHE

DANS LES CAS DE COXALGIE

ET DE PLAIES PAR ARMES A FEU

Par M. Léon LE FORT,

Prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, etc.

MÉMOIRE LU A L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

Dans la séance du 4 décembre 1860 (1).

PRÉLIMINAIRES.

Depuis le commencement de ce siècle, la chirurgie est entrée dans une voie nouvelle; guérir la maladie en enlevant, lorsqu'il le faut, les parties malades, mais en respectant le plus possible les parties saines, et en laissant à l'opéré, autant que faire se peut, l'intégrité de ses organes et de leurs fonctions, tel est le problème que se pose chaque jour *la chirurgie conservatrice.*

L'amputation, par exemple, est une de ces opérations extrêmes qui enlèvent sans retour au malade une section plus ou moins considérable d'un membre dont les progrès, les merveilles même de la prothèse ne pourront jamais faire oublier la perte. Parmi les affections qui amènent le plus souvent la nécessité de l'amputation, les maladies articulaires tiennent le premier rang. La résection des articulations affectées peut-elle éviter au malade le douloureux sacrifice d'une partie ou de la totalité d'un de ses membres? C'est un espoir que de nombreux exemples ont fait passer aujourd'hui à l'état de certitude.

La résection du coude est quelquefois, mais trop rarement encore, pratiquée en France; celle de l'épaule a été faite plusieurs fois, mais celles du genou et de la hanche sont repoussées par presque tous les chirurgiens français. Cependant depuis dix ans, les publications scien-

(1) Voyez le rapport sur ce mémoire fait à l'Académie par M. Gosselin et l'importante discussion auquel il a donné lieu. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1861, t. XXVII, p. 53 et suiv.)

tifiques en Allemagne, en Amérique et surtout en Angleterre, nous apportaient le récit d'un grand nombre de succès, qui eurent à peine le mérite d'attirer l'attention, loin d'amener la conviction; car, il faut bien le dire, nous nourrissons contre tout ce qui se fait ou se publie à l'étranger une prévention que rien ne justifie.

Frappé de l'importance et du grand nombre des observations publiées, nous avons voulu observer, *de visu*, si les résultats obtenus étaient tels qu'on les annonçait. Cinq mois de séjour dans les hôpitaux de Londres nous ont permis de nous assurer que ce qu'on nous disait était la vérité. Nous avons assisté à plusieurs opérations de résection; nous avons examiné, avec attention et sans parti pris, quelques malades opérés depuis plus ou moins de temps, et ce que nous avons vu nous a converti à l'opération.

Nous avons présenté, en 1859, à la Société de chirurgie un mémoire sur la résection du genou, renfermant l'histoire de plus de deux cents malades; celui-ci a trait à la résection de l'articulation coxo-fémorale; mais, qu'on nous permette de le dire tout de suite, quoique partisan de la résection, nous ne la considérons pas comme un mode de traitement de la coxalgie, c'est une opération de nécessité applicable à des cas exceptionnels, lorsque les surfaces articulaires sont cariées, lorsque la vie du malade est en danger et que la constitution du sujet ne paraît pas pouvoir faire les frais d'une élimination spontanée des parties osseuses affectées.

Nous avons cherché à tirer de l'examen des faits observés quelques indications sur l'opportunité de l'opération dans les cas de plaies par armes à feu. Nous avons voulu surtout mettre entre les mains de tous les pièces d'un procès dont presque tous les documents sont publiés en langue étrangère (1). Heureux si nos faibles efforts peuvent contribuer aux progrès de la chirurgie *conservatrice;* heureux surtout s'ils peuvent conserver à un malheureux un membre que l'amputation lui eût enlevé, à l'humanité et à la famille une existence qu'eussent compromis les progrès d'une maladie, regardée trop souvent encore comme au-dessus des ressources de l'art.

(1) Nous n'avons pu, en raison de leur longueur et de leur nombre, publier toutes les observations présentées à l'appui de ce mémoire, mais nous plaçons en tête de ce travail un tableau qui donne le résumé très succinct des causes et des résultats des résections, leur date et les noms des opérateurs.

TABLEAU STATISTIQUE DES RÉSECTIONS DE LA HANCHE.

NUMEROS.	NOM DU CHIRURGIEN.	DATE DE L'OPÉRATION.	NOM DU MALADE.	AGE.	SEXE.	CAUSES DE LA RÉSECTION.	NATURE ET SIÈGE DE LA RÉSECTION.	RÉSULTATS.	BIBLIOGRAPHIE.
1	Antony White. (Westminster).	1821 avril.	John West...	9	H	Abcès. Carie. Luxation spontanée.....	Fémur sous le petit trochanter.....	Guérison complète, membre utile.....	S. Cooper, *Dictionn.* art Bones. *The lancet*, 1849, v. I, p. 360.
2	Schmalz de Pirna (Saxe).	1816	N. N.....	»	»	Carie	Col du fémur.....	Guérison complète après trois ans	A. Gul. Heden, *Thèse*, Leipsig, 1823, p. 65.
3	Hewson..... (Dublin).	1823	N. N.....	»	»	Carie.....	Sous le petit trochanter..	Mort.....	Bonino, *Ann. de chirurgie*, 1844, p. 391.
4	Schliehting.....	1829	N. N.....	14	F.	Abcès. Carie.....	Col du fémur.....	Guérison complète, marche libre mais avec claudication.	*Idem.*
5	Heine Köhleren	?	N. N.....	?	?	.....?.....	.....?.....	Guérison Observ. insuffis.	Lepold, *thèse* 1384.
6	Gluge...	?	N. N.....	?	?	Carie.....	.....?.....	Mort. (Observation non acceptée en Allemagne)...	*Encyclop. de Busch*, t. IV.
7	Vogel.....	?	N. N.....	»	F.	Carie	Tête détachée spontanément et extraite.	Guérison	Bonino, *thèse citée.*
8	Textor..... Würzburg.	1834 31 juill.	Jean Ruckert.	7½	H.	Fracture du col du fémur gauche, du pubis. Abcès.	Sous le grand trochanter.	Mort le 23e jour.....	K. Textor, *Geschichte der resekt.* Wurzburg, 1858.
9	Textor.....	1838 4 sept.	Jean Wiegand	22	H.	Carie scrofuleuse de la tête du fémur droit.	.....?.....	Mort le 4e jour.....	*Idem.*
10	Textor.....	1839 22 mars	Mich Hartung	54	H.	.....?.....	.....?.....	Mort d'eschares au sacrum le 13 mai.	*Idem.*
11	Textor.....	1845 14 janv.	Mart. Schraut	7	H.	Carie articulaire. Abcès de la fosse iliaque interne.	Sous le petit trochanter. Cav. cotyloïde resèquée.	Guérison parfaite, membre utile.....	Sédillot, *Medic. op.*, t. II, p. 511.
12	Roux..... (Paris).	1849 24 fév	Vialard.....	15	H.	Pas d'abcès. Luxation spontanée, douleurs vives, fièvre habituelle.	Sous le col du fémur...	Mort le 6e jour.....	*Gaz. des hôp*, 1847, p. 118.
13	Fergusson..... (King's College).	1845 1 mars.	John Clark...	14	H.	Carie fémorale. Abcès. Luxation spontanée..	Résection de 11 centimèt. du fémur	Guérison parfaite, membre utile. Vu 8 ans après, fait à pied 30 kilomètres....	*Lancet*, 1849, p. 362; 1848, 414. *Med. Times and Gazette*, 1852, v. II, p. 564.
14	Fergusson.....	1849 13 janv.	Élisabeth V..	10	F.	Carie fémorale. Abcès Luxation spontanée..	Sous le grand trochanter. Cavité cotyloïde guérie spontanément.....	Guérison complète, mouvements faciles, membre utile.	*The Lancet*, 1849, v. I, p. 360-61.
15	Fergusson.....	1854 1 avril.	Mary Y.....	13	F.	Abcès. Fistules. Carie fémorale. Luxation spontanée.	Sous le grand trochanter. Cavité cotyloïde ruginée.	Va très bien le 18e jour. Pas de renseignem. ultér.	*Id.*, 1854, t. I, p. 445.
16	Fergusson.....	1857 8 août.	Sarah Agnès..	11	F.	Abcès. Carie. Luxation spontanée.....	Sous le petit trochanter. Résect. de presque tout l'acétabulum	Guérison complète. Se promène avec des béquilles la 9e semaine.	*Id.*, 1857, t. II, p. 362.
17	Fergusson.....	1858 14 août	Henri Dobson.	7	H.	Coxalgie ancienne. Pas de luxation. Ankylose dans la flexion.	Sous le col du fémur ...	Guérison complète, mouvements faciles, marche dans la salle sans soutiens après 2 mois.	Inédite.
18	Ericksen..... (Univ. College).	1853	Georges B....	18	H.	Abcès. Caries fémorale et cotyloïdienne. Luxation spontanée.	Sous le col du fémur. Os iliaque ruginé	Guérison. Pas de renseignements sur le membre.	*The Lancet*, 1854, v. I, p. 62.
19	Ericksen.....	1857 7 janv.	William W..	7½	H.	Abcès. Carie fémorale. Symptômes de phthisie. Luxat. spontanée.	Sous le grand trochanter. Cavité cotyloïde ruginée	Guérison complète, marche facile avec un soulier à haut talon.....	*Id.*, 1857, t. I, p. 310. *Id.*, 1857, t. II, p. 363. *Med. Times and Ga.*, 1857, t. I, p. 35. *Id.*, 1857, t. II, p 421.
20	Ericksen.....	1857 3 févr.	A. Fallowfield.	13	F.	Abcès. Carie de toute l'articulation. Fièvre hectique. Pas de luxation.	Sous le col. Cavité cotyl. et ischion resèqués....	Guérison complète, marche facile	*The Lancet*, 1857, v. II, p. 89. *British. med. Journal*, mai 1860, p. 353.
21	Ericksen.....	1858 3 mars.	Emma G.....	10	F.	Abcès. Carie fémorale. Luxation ?.....	Section sous le gr. troch. Cavité cotyloïde ruginée.	Guérison incertaine. Envoyé en convalescence. Récidive probable.	*The Lancet*, 1858, v. II, p. 89.
22	Ericksen.....	1860 22 fév.	N. N.....	23	F.	Abcès. Carie. Pas de luxation	Résection du grand troch. Col du fémur ruginé...	Guérison complète. Ce n'est qu'une résection du grand trochanter.	*British med. Journ*, mai 1860, p. 351.
23	Bowmann..... (King's College).	1857 27 juin	N. N.....	5	H	Carie. Abcès. Ankylose à angle droit.	Cavité cotyloïde ruginée.	.....?.....	*The Lancet*, 1857, v. II, p. 84.
24	Bowman.....	1857 4 avril.	Charles B....	11	H.	Pas de luxation. Ankylose. Abcès. Carie ..	Sous le petit trochanter. Cavité coty'oïde ruginée.	Guérison complète, marche sans béquilles ni bâton..	*Id.*, 1857, v. II, p. 341. *Med. times and Goz*, 1857, v. II, p. 421.
25	Bowman.....	1857 26 juin.	Ellen S.....	6	F.	Ankylose avec flexion Abcès. Carie.....	Section sous le gr. troch. Cavité cotyloïde ruginée, ainsi que la branche horizontale du pubis.	Guérison. Morte 1 mois après la guérison de maladie du cœur.....	*The Lancet*, 1857, v. II, p. 362. *Med. Times and Gazette*, 1857, v. II, p. 421.
26	Stanley..... (Barthol. hospit)	1852 24 janv.	N. N.....	10	F.	Fistules. Carie.....	Tête et col du fémur....	Guérison complète.....	*The Lancet*, 1852, v. I, p. 172. Bazire, *thèse*, obs. VI.

TABLEAU STATISTIQUE DES RÉSECTIONS DE LA HANCHE.

NUMÉROS.	NOM DU CHIRURGIEN.	DATE DE L'OPÉRATION.	NOM DU MALADE.	AGE.	SEXE.	CAUSES DE LA RÉSECTION.	NATURE ET SIÈGE DE LA RÉSECTION.	RÉSULTATS.	BIBLIOGRAPHIE.
27	Stanley.....	1852 22juin.	N. N.....	8	H.	Luxation.Abcès. Carie.	Tête et col du fémur....	Guérison complète, membre utile.....	*The Lancet*, 1854, v.I, p. 61.
28	Stanley.....	1857 21mars	N. N.....	13	H	Coxalgie ancienne. Luxation sus-pubienne.	Tête du fémur.....	Mort de phthisie quelques semaines après.....	*Id.*, 1857, v.II, p.391. *Med.Times and Ga.*, 1857, v.I, p.337-392.
29	Jones..... (Jersey).	1852 19 fév.	Jane Burton..	32	F.	Luxation Abcès.Carie.	Section sous le gr. troch.	Guérison complète, marche avec une canne.	*Id.*, 1852, v. II, 485.
30	Jones.....	1854 4 mai.	Jane Holloco.	26	F.	Eschare au sacrum. Abcès. Carie. Pas de luxation.....	Section de la tête et du col. Résect. de l'acétabulum. Doigt entré dans le bass.	Guérison complète, marche facile avec une canne.	*Id.*, 1857, v. I, p. 309.
31	Price..... (Margate).	1857	N. N.....	»	H.	Pas de luxation. Renseignements insuffis.	Section sous le gr. troch.	Va bien. Manque de renseignements.	*Id.*, 1857, v. II, p.592.
32	Price.....	1860	J. F.....	8	H.	Flexion de la cuisse. Carie présumée, existe à l'opération. Pas de luxation.	Tête du fémur.....	Guérison rapide, marche?	*The Lancet*, 1860, v. II, 240.
33	Price.....	1859 29 oct.	G. W.... ..	»	»	Pas de luxation. Carie. Abcès.....	Section sous le gr. troch. Résect. de l'acétabulum. Abcès dans le bassin ouvert par l'opération.	Guérison 10 mois après. On ne permet pas encore la marche.	*Id.*, sept. 1860.
34	Hancock..... (Charing-Cross).	1856 déc.	N. N.....	14	H.	Perforation de l'acétabulum. Abcès du bassin. Carie.....	Section sur le gr. troch. Résect. de la cav. cotyl. Abcès dans le bassin ouvert par la résection.	Guérison complète. Membre utile.....	*Med. Times and Ga.*, 1857, v. I, p. 140-337. Bazire, *th.*, obs XVI.
35	Hancock.....	1857 13juin.	N. N.....	10	H	Abcès Luxation Carie. Sympt. de phthisie.	Tête du fémur.....	Mort de phthisie après quelques jours.....	*The Lancet*, 1857, v. II, p. 390.
36	Hancock.....	?	N. N.....	»	F.	Abcès. Perforation du bassin. Carie.....	Extrémité sup. du fémur. Cavité cotyl. perforée. Résection de l'ischion.	Morte d'érysipèle le 8e jour.	Bazire, *th.*, obs. VII.
37	Bigelow..... (Boston).	1852	N. N.....	9	H.	Luxation. Carie.....	Extrémité sup. du fémur.	Mort le 12e jour.....	*Amer. Journ.*, 1852, v. II, p. 90.
38	Buchanam..... (Glascow).	1850 20 déc.	James Downie	41	H.	Abcès. Carie. Pas de luxation.....	Section sous le gr. troch. Résection de l'acétabul.	Guérison, mouvements faciles. Mort de dysenterie 2 mois après la guérison.	*Glascow med. Journ.* v. II, p. 12.
39	Cootc..... (St-Barthèlemy)	1857 21sept.	Thomas H....	16	H.	Luxation ischiatique. Carie.	Sous le grand trochanter.	Guérison très probable...	*The Lancet*, 1857, v. II, p. 417. Bazire, *thèse*, obs. VIII.
40	Cotton..... (Lynn)	1849 12 oct.	Jessie Bullen.	12	F.	Abcès.Carie. Luxation.	Sous le petit trochanter..	Guérison probable 18 déc.	*London med. Gaz.*, 1849, p. 1057.
41	CookerN.Davies. (Rye).	1857 2 juin.	Edward G....	12	H.	Luxation. Abcès. Carie.	Sous le grand trochanter.	Guérison sans ankylose..	*The Lancet*, 1857, v. II, p. 55.
42	French..... (St-Jame).	1848 17mars	N. N.....	10	F.	Luxation.Abcès.Carie	Tête du fémur.....	Guérison.....	*Half yearly abstract*, v. XVI. Bazire, *th.*, obs. VI.
43	César Hawkins. (St-Georges).	1852 12 fév.	N. N.... ...	10	F	Luxation. Abcès. Carie.	Sous le grand trochanter. Acétab. ruginé et perforé.	Morte le 3e jour.....	*The Lancet*, 1852, v. I, p. 219.
44	Haynes Walton.	1848 24mars	William W...	61	H.	Carie. Abcès. Luxation.	Sous le grand trochanter. Acétabulum ruginé....	Guérison. 3 mois après mort de phthisie.....	*Id.*, 1849, v. I, p. 415. *Id.*, 1852, v. II, p 144.
45	Heyfelder.....	1848 11janv.	Karl Echstein.	20	»	Carie. Luxation.....	Tête, col et trochanter. Acétabulum ruginé....	Guérison. Récidive 1 an après. Désarticulation. Le 20 mai 1851 mort.....	*British med. chirur. review*, 1857, p 306. Karl Textor, Wurzburg, 1858.
46	Hilton.....	1858 23 fév.	William W...	54	H.	Eschare. Abcès. Carie. Luxation.	Sous le petit trochanter.	Mort	*The Lancet*, 1858, v. II, p. 116.
47	Holt.....	1857 7 juill.	William P. ..	6	H.	Carie. Pas de luxation.	Tête et col du fémur. Acétabulum ruginé.....	Guérison complète, marche facile sans soutiens.....	*Id.*, 1857, v. II, p.363-84. *Medic. Times*, 1857, v. II, p. 398.
48	Kinlock.....	1856 31 mai.	John M.....	20	H.			Mort.....	*Half yearly abstrac.* v. XXVIII, p. 250. *Charlestown med. Journ.*, 1857, mai.
49	De Morgan..... (Middlesex hos.)	1856	N. N.....	17	H.	Carie fémorale. Acétabulum sain.....	Résection de la tête et du col..	Guérison probable. Observation insuffisante.....	*Med. Times and Ga.*, 1857, v. I, p 139.
50	Morris..... (Spadding).	1849 12 nov.	N. N.....	18	H.	Carie. Luxation. Abcès.	Résection de la tête et du col	Guérison complète, membre utile.....	*The Lancet*, 1852, v. II, p. 144.
51	Parkman..... (Boston).	1853 19 oct.	N. N.....	14	H.	Carie. Abcès. Pas de luxation.	Tête et moitié du col....	Guérison probable 3 mois après.....	*Records of the Boston Society*, 1854, p.262
52	Sayre..... (New-York).	1854 29mars	N. N.....	9	F.	Luxation. Carie du bassin	Tête du fémur. Cavité cotyloïde, épine et crête iliaques antérieures....	Guérison complète, membre utile. Flexion possible à angle droit.	*New-York Journal of medic.*, 1855, janv.
53	Shaw..... ... (Middlesex).	1856 28 fév.	R. B.....	17	H.	Abcès. Issue du fémur luxé.	Tête fémorale.....	Guérison complète. Fait une lieue à pied.....	*The Lancet*. 1856, v. II, p. 430. *Med. Times*, 1856, v. II, p 395, 603.
54	Shaw.....	1856 17juill.	Élisabeth D...	14	F.	Abcès Luxation. Carie.	Tête et col du fémur....	Guérison, membre ?.....	*Id.* 1856, v. II, p. 442. *The Lancet*, 1856. v. II, p. 431.

NUMEROS.	NOM DU CHIRURGIEN.	DATE DE L'OPÉRATION.	NOM DU MALADE.	AGE.	SEXE.	CAUSES DE LA RÉSECTION.	NATURE ET SIÉGE DE LA RÉSECTION.	RÉSULTATS.	BIBLIOGRAPHIE.
55	Simon..... (St-Thomas).	1857	N. N.....	?	?	Abcès.Carie.Luxation. Phthisie avancée.	Tête détachée par la carie.	Mort quelques jours après de phthisie.	*Id.*, 1857, v. II, p. 390.
56	Smith.....	1848 14juin.	William R...	33	H.	Luxation. Abcès. Carie. Abcès dans le bassin.	Tête. Cavité cotyloïde ruginée.	Mort. Carie vertébrale...	*Id.*, 1848, v. II, p. 379-636.
57	Solly..... (St-Thomas).	1852 2 avril.	William B...	»	H.	Carie. Abcès Pas de luxation.....	Cavité cotyloïde ruginée. Sous le grand trochanter.	Mort le 15ᵉ jour.....	*Id.*, 1853, v. I, p. 3.
58	Ure..... (St-Mary).	1857 11 fév.	William S...	8	H.	Abcès. Luxation. Carie.	Tête et col du fémur. Acétabulum ruginé.....	Guérison complète, membre utile quoique un peu court.....	*Id.*, 1857, v. II, p. 419. *Med. Times*, v. II, 1857, p. 153 Bazire, *thèse*, obs. II.
59	Walton.....	1848	N. N.....	8	H.	Pas de luxation. Abcès. Carie.....	Section sous le grand trochanter. Acétabulum ruginé.	Mort d'hémorrhagie le soir.	*The Lancet*, 1852, v. II, p. 144.
60	Skey.....	1850	N. N.....	13	F.	Luxation. Carie.....	Section sur le grand trochanter.	Résultat inconnu.....	*Charlestown medic. Journ.*, 1857, mai.
61	Sayre..... (New-York).	1851	N. N.....	32	F.	Carie de la tête et du col du fémur.	Résection sous le col...	Guérison complète, membre utile.....	*New-York Journal*, janvier 1855.
62	Textor..... (Wursburg).	1848 27juill.	Chris. Geuder.	8	H.	Carie.....	.....?.....	Mort le 24ᵉ jour, abcès du psoas.	Karl Textor, 1858.
63	Heusser.....	1852 avril.	N. N.....	17	H.	Carie.....	Au-dessous du petit troch.	Guéri, membre très utile.	*Scherz-KantZeitsch.* 1854.
64	Ried.....	1852 12 août	N. N.....	10	H	Carie.....	.....?.....	Guéri, membre utile.....	Ludw. Schillbach, *Zu resectionen.*
65	Esmarch.....	1854 25 nov.	N. N.	26	H.	Coxalgie chronique...	.....?.....	Guérison rapide Mort de phthisie fin de 1857....	Stromeyer, *Manimen der Kniegsheilk.*
66	Textor.....	1854	Jacob Schoreb	23	H.	Carie.....	.....?.....	Mort le 31 janvier 1854..	Karl Textor, 1858.
67	Kuhn.....	1854	N. N.....	11	H.	Carie du sacrum, de l'ischion, séparation spontanée.	Extraction de la tête....	Mort le 6ᵉ jour.....	Gunther, obs. XXIII.
68	Roser.....	1855 5 févr.	Conral Ebener	8	H	Carie et nécrose du fémur.....	Section entre les trochanters.	Guéri, membre utile.....	Karl Textor, 1858.
69	Textor.....	1856 7 mars.	Anton Zitter..	10	H	Carie.....	.....?.....	Mort le 6 avril.....	*Id.*
70	Dumreicher....	1857 16 nov.	N. N.....	21	H	Carie. Luxation spontanée.	Sur le col.....	Guéri, marche avec une béquille.	*Allg. Wiener medic. Zeitung*, 1858.
71	Langenbeck.... (Berlin).	1857 17 fév.	Bertha Hanish	5	F.	Carie. Abcès.....	Sous le grand trochanter. Cavité cotyloïde ruginée.	Guéri, membre ?.....	Fock.
72	Langenbeck....	1857	N. N	10	F.	Carie.....	.....?.....	Mort le 11ᵉ jour.....	*North Amer. Review*, 1858.
73	Kukler.....	1858	N. N.....	7	H.	Carie.....	.....?.....	Mort le 5ᵉ mois.....	*Tables delleyfelder.*
74	Nussbaum.....	1856	N. N.....	8	F.	Carie avec perforation de l'acétabulum.....	Résect. de la cavité cotyl. et du tiers sup. du fémur.	Guéri, 3 pouces ½ de raccourcissement, marche avec un appareil.....	*Ebendaselbst*, s. 187. *Aerztliches in vell.* Munich, 1859.
75	Nussbaum.....	?	N. N.....	10	H.	Carie et perforation de l'acétabulum.		Guéri.....	Fock, *Arch. de chir. de Langenbeck*, 1860.
76	Nussbaum.....	1858 6 déc.	N. N.....	16	H.	Carie. Luxation Perforation de l'acétabul.	Sous le grand trochanter. Résec. de la cavité cotyl.	Guéri, marche avec des béquilles après 4 mois.	Fock.
77	Esmarck.....	1858 25 nov.	N. N.....	21	H.	Carie. Luxation spontanée.	Sous le petit trochanter..	Guéri, membre utile.....	*Id.*
78	Fock..... (Magdebourg).	1859 13 mai.	Mina Flugel..	9	F.	Carie.....	Sous le grand trochanter. Cavité cotyloïde ruginée.	Guéri, membre utile.....	*Id.*
79	Fock.....	1859 10juin.	Auguste Helm	14	H.	Carie. Abcès.....	Section du col. Rugination de la cavité cotyloïde...	Mort la 11ᵉ semaine de maladie de Bright.	*Id.*
80	Fock.....	1859 27sept.	Ernest Hoher.	22	H.	Carie. Luxat. iliaque.	Sous le col. Cavité cotyloïde saine.	Mort le 18ᵉ jour.....	*Id.*
81	Fock.....	1859 11 oct.	Fr. Hemmler.	49	H.	Morbus coxæ senilis..	Sous le grand trochanter.	Guéri, marche avec une béquille.	*Id.*
82	Fock.....	1860 9 janv.	Emma Egeling	13	F.	Carie.....	Sous le grand trochanter. Cavité cotyloïde ruginée.	Guérison à peu près complète en avril.	*Id.*
83	Fock.....	1860 16mars	Augusta Horn.	13	F.	Carie. Luxation spontanée.....	Sous le col. Cavité cotyl. cautérisée au fer rouge.	Mort le 14ᵉ jour.....	*Id.*
84	Langenbeck....	1860 13 fév.	N. N.....	3	H.	Carie.....	Section sous le gr. troch.	Mort le 8ᵉ jour.....	*Id.*
85	Esmarck.....	1860 24janv.	N. N.....	27	H.	Coxalgie chron. Carie.	Résection du col.....	Mort le 16ᵉ jour.....	*Id.*
86	Rausche.....	1860 23mars	N. N.....	10	H.	Carie avec ankylose..	Section au niveau des trochanters.....	Espoir de guérison 2 mois après.	*Id.*

PREMIÈRE PARTIE.

DE LA RÉSECTION DE LA HANCHE.

ARTICLE Ier. — HISTORIQUE.

La résection de la hanche et des grandes articulations, telles que le genou, le coude, l'épaule, etc., est une opération qui appartient essentiellement à la chirurgie moderne. Si dans les siècles qui nous ont précédé on voit l'extirpation d'une extrémité osseuse, conseillée dans les cas de luxation accompagnée de déchirure des téguments et compliquée de l'issue au dehors de l'os déplacé, on ne trouve aucun exemple de résection articulaire pratiquée dans les cas de carie, de tumeur blanche. Mais la hardiesse chirurgicale de ceux qui, les premiers, pratiquèrent, vers la fin du XVIIIe siècle, cette nouvelle et remarquable opération, fut guidée par quelques tentatives analogues d'enlèvement de certaines portions des os longs dans leur continuité dans les cas de carie, de fractures, de cals vicieux, de luxations compliquées, etc.

L'opération de la résection d'une partie plus ou moins considérable d'un os avait été conseillée par Celse, Paul d'Égine, Ambroise Paré.

Hippocrate (1) reséquait les extrémités osseuses qu'il ne pouvait réduire :

« La résection par la scie, de la saillie de l'os, est commandée par » les conditions suivantes : si elle ne peut être réduite, s'il ne s'en faut » que de peu qu'elle ne rentre, et s'il est possible de l'enlever; c'est » encore un cas de résection quand elle cause de l'incommodité, blesse » en quelque point les caroncules, rend la position du membre mau- » vaise, et en même temps se trouve dénudée. Dans les autres circon- » stances, il n'importe guère de reséquer ou de ne pas reséquer; car il » faut bien savoir que tous les os, qui sont complétement dépouillés des

(1) *Œuvres d'Hippocrate*, trad. de Littre, t. III, p. 535.

» chairs et livrés à la dessiccatiou, se détacheront complétement aussi. » Quant aux os qui doivent s'exfolier, il ne faut pas les reséquer. »

Celse (1) faisait de la résection un précepte général : « Sin autem ni- » grities est, aud si caries ad alteram quoque partem ossis transit, opor- » tet excidi. Idem quoque in carie ad alteram partem ossis penetrante; » fieri potest. Sed quod totum vitiatum, totum eximendum est. »

Galien, dans un cas de carie du sternum, excisa une portion de cet os.

Paul d'Egine (2) au VIIe siècle conseille la résection dans les cas de carie et de fractures compliquées; mais ce qu'il y a de plus remarquable c'est qu'il semble même conseiller les résections articulaires : « Mais si l'os est saillant, comme lorsqu'il est fracturé, nous le scions. » Prenant donc deux bandes, nous plaçons l'une par son milieu sous » l'os proéminent que nous faisons soulever par un aide; quant à » l'autre, qui doit être plus épaisse et faite en laine, nous adaptons » également son milieu à la chair qui est sous l'os; puis saisissant par » en bas ses bouts, nous prescrivons d'abaisser la chair par le moyen « de cette bande, de peur que les dents de la scie ne les déchirent. C'est » ainsi que nous faisons la résection.

» Quand l'os, sans être malade dans sa continuité, se trouve pourtant » dénudé de toutes parts, il faut le scier de la même manière, car il » est impossible que des os flottant en tous sens se revêtent de chair. » *De même si le bout de l'os près d'une articulation est malade, il faut* » *en faire la résection;* Ὁμοιῶς δὲ ἔι ἀποπερατῶσις ὀστέου πλέσιον ἄρθρου » πεπόνθοι, ἀποπριότεον αὐτὴν. Et si parfois la totalité d'un os, comme le » cubitus, le radius, le tibia ou quelque autre semblable, est cariée, on » doit l'enlever entièrement. Toutefois, si *la tête du fémur* ou l'ischion, » ou une vertèbre du dos est malade, il faut s'abstenir de l'enlever à » cause du danger qui résulterait du voisinage des artères, des veines et » des autres parties molles adjacentes. C'est ainsi et d'après cette mé- » thode qu'on doit agir, en ayant toujours et partout égard à la grandeur » du mal et à la vigueur des forces du patient. »

Guy de Chauliac (3) rapporte ainsi l'opinion d'Avicenne : « Mais si

(1) Celse, t. II, liv. VIII, ch. 3.

(2) Paul d'Egine, trad. de M. René Briau, p. 315, 317.

(3) *Grande chirurgie* de M. Guy de Chauliac, édit. Joubert, 1641, trait. IV, doct. I, chap. I, p. 326.

» l'os est corrompu, son conseil est de couper la chair et découvrir l'os » tant qu'il sera possible, et ce avec rasoirs ou avec les corrosifs, comme » il sera dit ci-après de la jambe ulcérée, et, l'ayant découvert, s'il est » possible, d'oster ce qui est dessus luy en le rasclant; nous le ferons, » sinon inciserons et ferons ce qui est exposé au chapitre de la corrup- » tion de l'os, où il est dit : la curation de l'os corrompu est de ratisser, » couper et scier. » Et il ajoute, quelques lignes plus bas : « Et si la » corruption est parvenue jusqu'à la mouelle, lors, dit Avicenne, qu'il » n'y a point d'excuse qu'on ne prenne cet os avec sa mouelle, comme » *Albucasis raconte l'avoir fait en la corruption de l'os* de la cuisse d'un » jeune homme de trente ans. Et, s'il est de ceux qu'on peut scier, » assure-toi du lieu avec une tente, jusqu'à ce que tu aies trouvé l'adhé- » rence de la chair avec l'os, car là est le terme, et couper hardiment, » *mais si c'est la tête de la cuisse ou hanche*, et comme les vertèbres du » dos, adonc il vaut mieux s'abstenir de sa curation. »

Ni Paul d'Égine, ni Avicenne, ni Guy de Chauliac, ne paraissent donc avoir fait la résection de la hanche; mais ont-ils fait ou auraient-ils osé faire la résection des autres articulations? Cela est possible, mais ces passages de leurs livres, assez curieux pour mériter d'être rapportés en entier, ne peuvent permettre de juger cette question par l'affirmation.

Ambroise Paré (1) applique la résection aux os cariés : « Si la carie » est fort profonde, et l'os est solide, alors il faut couper les os cor- » rompus avec les instruments décrits aux plaies de tête, desquels tu » ôteras la corruption, frappant d'un maillet dessus; puis tu ôteras les » fragments et esquilles avec petites pincettes. »

Fabrice d'Aquapendente (2) donne à ce sujet les mêmes préceptes que Ambroise Paré, et il suit ceux de Paul d'Égine dans les cas de fractures compliquées, car il conseille la résection des extrémités saillantes des fragments.

Ces idées avaient été à peu près complétement oubliées, du moins pour la pratique, lorsqu'en 1738 William Wright (3) enleva 5 pouces 1/2

(1) A. Paré, *Œuvres*, édit. Malgaigne, liv. XVI, ch. XXXII.
(2) Part. I, liv. IV, chap. X.
(3) *Philosophical transactions*, 1740, vol. XLI, p. 761.

(14 centimètres) du fémur à un jeune garçon nommé Hird Ramsden, et publia son observation en 1740.

Le 11 juillet 1739, Benjamin Gooch (1), aidé du docteur Amyas (de Norwich) ayant à traiter un enfant de douze ans pour une fracture compliquée de saillie du tibia à travers les téguments, reséqua 9 pouces (23 centimètres) de cet os, et réduisit ainsi facilement. L'os se reproduisit; l'enfant marcha facilement sans qu'il y eût plus d'un centimètre et demi de raccourcissement, et il pouvait, plus tard, faire quinze lieues à pied en un jour. Cette observation si remarquable, bien digne d'attirer l'attention, et peut-être d'exciter l'étonnement, fut publiée sous ce titre : *Case in which the power of nature was manifested in a very wonderfull manner*. Bientôt les exemples de résection dans la continuité des os fracturés se multiplièrent en Angleterre; mais tout s'enchaîne dans la science, la résection des fragments dans les fractures, opération suivie de succès remarquables, devait encourager à essayer le même moyen dans les cas de luxations compliquées.

Cooper (de Bungay) appelé pour assister à une amputation, pour une luxation tibio-tarsienne compliquée d'issue des os, conseilla et pratiqua la résection du tibia et du péroné. Plus tard il reséqua de même le radius, sorti à travers les téguments dans une luxation de poignet.

En 1760, Waiman, de Shripton (Angleterre), enleva l'extrémité inférieure de l'humérus dans une luxation du coude; le malade guérit en conservant les mouvements. L'exemple de Cooper (de Bungay) fut bientôt suivi par d'autres chirurgiens aussi hardis, aussi heureux que lui.

Les faits publiés par eux montrèrent que les plaies articulaires, si graves toujours, mais considérées jusqu'alors comme presque sûrement mortelles, pouvaient guérir même lorsque la scie avait enlevé une partie des os composant l'articulation. Jusque-là aucun chirurgien n'avait osé aller attaquer directement une articulation, la reséquer dans un cas de carie, alors que les os malades sont cachés par une couche épaisse de parties molles. Il y avait un pas à faire, un immense progrès à réaliser dans la voie de la chirurgie conservatrice : ce que plusieurs siècles n'avaient pu faire, se fit en quelques années; l'exemple d'une heureuse hardiesse devait encourager des chirurgiens plus hardis

(1) B. Gooch. *Cases and practical remarks in surgery*. Londres, 1768.

encore, mais guidés par la connaissance des faits antérieurs : aussi n'est-il pas étonnant pour qui sait suivre dans ses développements la marche de l'esprit humain, de voir la résection des grandes articulations pratiquée presque simultanément en France et en Angleterre, par des chirurgiens qui ne purent certainement avoir connaissance des tentatives de leurs contemporains? car la plupart des auteurs que nous allons citer ne publièrent le récit de leurs opérations que plusieurs années après qu'elles avaient été faites, et seulement lorsque la connaissance de faits analogues attira sur ces opérations l'attention du monde médical.

§ 1er. — Résections articulaires.

En 1762, Filkin, chirurgien de Nortwich en Cheshire (Angleterre), pratiqua le premier la résection du genou, sur un adulte qui guérit parfaitement, mais il ne publia son observation qu'en 1782, après la publication de celle qu'avait faite Park (de Liverpool) en 1781.

En 1767, Vigaroux, chirurgien de Montpellier, pratiqua le premier la résection de la tête de l'humérus, mais ce fait pourtant si remarquable ne fut publié qu'en 1812 (1).

Si Filkin et Vigaroux eurent l'honneur de pratiquer tous deux et à l'insu l'un de l'autre, en Angleterre et en France, la résection de deux grandes articulations, on ne peut leur accorder celui d'avoir par leur exemple fait faire à la science le progrès qu'eût amené quelques années plus tôt la publication de l'opération qu'ils avaient pratiquée. A White (de Manchester) revient cet honneur, car il consigna en 1769 dans les *Philosophical transactions* l'histoire d'un malade qu'il avait opéré avec succès l'année précédente de la résection de l'épaule. « Quoique j'espé-» rasse, dit-il, de cette opération quelques avantages sur la désarticu-» lation de l'épaule, mes espérances furent de beaucoup dépassées par » le succès. Je ne me flattais pas de l'espoir d'avoir une articulation » mobile, de conserver à peu près la longueur du membre, après avoir » enlevé quatre pouces de la longueur de l'os. » White croit au danger moins grand de la résection; il propose celle de la tête du fémur qu'il

(1) Vigaroux junior. *Œuvres de chirurgie*. Montpellier, 1812.

essaya sur le cadavre, et qu'il croit de beaucoup préférable à l'amputation de la hanche.

Cependant ce ne fut pas lui, mais White (de Westminster) qui le premier la pratiqua en Angleterre en 1821.

L'exemple de White (de Manchester) fut suivi par Bent (de Newcastle) (1) et Orret (2); le premier en 1771, et le second en 1778 pratiquèrent de nouveau la résection de l'épaule. Ce ne fut que vers 1787 que le baron Percy commença à l'introduire en France, surtout dans la pratique de la chirurgie militaire.

En 1773, Orret avait fait pour la première fois la résection du poignet, en 1780, Justamond (de Londres) celle du coude.

Park (de Liverpool), en 1781, pratiqua la résection du genou, sur un matelot atteint de tumeur blanche de l'articulation fémoro-tibiale, et le succès fut tel que le malade put reprendre son métier de marin, monter dans les cordages et se sauver deux fois à la nage après la perte de son vaisseau. Il la répéta une seconde fois en 1789 sur un nommé Harrisson.

En 1782, Moreau (de Bar-sur-Ornain) avait enlevé à un nommé Lecheppe une carie considérable qui intéressait les deux os de la jambe. Enhardi par le succès de cette opération, deux ans avant la traduction par Lassus du mémoire de Park, il proposa la résection des articulations, sans savoir ce qui s'était fait en Angleterre. Mais il ne mit ses préceptes à exécution qu'en 1786, en reséquant la tête de l'humérus et la cavité glénoïde. L'observation fut envoyée à l'Académie de chirurgie; mais de même que la première, celle du nommé Lecheppe, elle ne fut publiée que beaucoup plus tard (3).

Moreau fit pour la première fois en France, la résection du genou, le 17 septembre 1792, sur le fils d'un apothicaire de Châlons-sur-Marne. L'opéré mourut au quatrième mois, atteint de la dysenterie, épidémie qui décimait alors l'armée prussienne qui venait d'envahir la France.

Les observations remarquables de Moreau, la traduction par Lassus du mémoire dans lequel Park rapportait la guérison si heureuse et si

(1) Bent, *Philosoph. transactions*, 1774, t. LXIV, p. 353.

(2) Orret, *Philosoph. transactions*, 1779, t. LXIX, p. 6.

(3) Moreau (P. P.), *Observations pratiques relatives à la résection des articulations affectées de carie.* Thèses de Paris, 1803.

complète de son opéré du genou, ne purent vaincre en France les répulsions des chirurgiens, et plus d'un demi-siècle devait s'écouler avant que Moreau rencontrât des imitateurs. En Angleterre, malgré de nombreux et heureux exemples, la résection des articulations fut également repoussée, aussi Park écrivait-il en 1805 :

« Je suis mortifié de voir que mon mémoire (celui de 1782) a jusqu'à » ce jour produit bien peu de l'effet que j'avais espéré lui voir produire. » Je n'ai pas encore appris qu'il ait donné les moyens de sauver un seul » membre dans toute l'étendue des possessions anglaises, et cependant » depuis sa publication, le pays a traversé une guerre longue et san- » glante. »

Les résections articulaires oubliées en Angleterre furent pratiquées en Allemagne par Textor, Heuser et Fricke. En 1823, Crampton (de Dublin) en 1829, M. Syme (d'Edimbourg), et surtout M. Fergusson, en 1845, attirèrent de nouveau sur elles l'attention des chirurgiens anglais. Leur exemple fut bientôt suivi ; les observations, les succès se multiplièrent avec une thérapeutique éclairée par l'expérience, guidée par les progrès de la science moderne, et l'on peut dire que la pratique de cette opération est à l'heure qu'il est définitivement passée dans le domaine de la chirurgie anglaise.

Il me suffira de dire, pour le démontrer, que j'ai pu dans un autre mémoire rassembler plus de deux cents cas de résection du genou.

§ 2. — RÉSECTION DE LA HANCHE.

White (de Manchester) avait proposé la résection de la hanche en 1768, mais il ne la pratiqua que sur le cadavre.

« J'ai, dit-il (1), fait également sur le cadavre une incision sur le côté externe de l'articulation de la hanche, et je la continuai jusque sous le grand trochanter. Alors coupant le ligament capsulaire, et tournant le genou en dedans, la tête du fémur fut forcée de sortir de sa capsule, je la sciai facilement, et je ne doute pas que cette opération ne puisse être faite sur le vivant avec un grand espoir de succès. »

Ce ne fut qu'en 1821 que White (de Westminster), que l'on a souvent

(1) White, *Philosophical transactions*, 1769.

confondu avec son homonyme, la pratiqua pour la première fois. Son observation me paraît assez intéressante pour mériter d'être rapportée en entier.

Observation I. (White, de Westminster.) — John W.. , d'une constitution délicate, était né et résidait à Westminster. Entre l'âge de quatre à cinq ans, il fut atteint d'une inflammation scrofuleuse de la hanche gauche, qui passa par toutes les périodes d'élongation, de luxation et de raccourcissement, la tête du fémur était logée très haut dans la fosse iliaque externe

Quand je le vis pour la première fois il avait environ huit ans, et il y avait trois ans que la maladie avait débuté. Il était très amaigri, des abcès s'étaient formés dans la partie malade, laissant plusieurs ouvertures fistuleuses, à travers lesquelles la sonde pénétrait facilement jusqu'à l'os luxé et montrait qu'il était affecté de carie. Quelques petites exfoliations s'étaient faites à la surface de l'iléum, de l'ischion et du pubis, là où les abcès s'étaient formés. Par suite des progrès de la maladie, le genou s'était tourné dans l'adduction et reposait sur la partie inférieure et interne de la cuisse opposée ; on ne pouvait lui faire quitter cette position, et toute tentative pour effectuer ce changement amenait les plus vives douleurs. Le membre fut abandonné à lui-même. Quand je le vis, l'enfant reposait depuis trois ans sur le côté sain, le corps incurvé fortement, et sans qu'il pût changer de position. Une abondante suppuration qui épuisait le malade sortait par toutes les ouvertures fistuleuses aboutissant à l'os carié ; sous les autres rapports la santé de l'enfant était assez bonne.

Réfléchissant à l'état de ce pauvre garçon, il était évident qu'à moins que le genou ne fût retiré de la position vicieuse qu'il affectait, puisqu'il appuyait fortement sur la cuisse opposée, le malade resterait estropié jusqu'à la fin de ses jours ; considérant aussi que ce résultat ne pouvait être obtenu que par la résection de l'extrémité supérieure du fémur, la faible mobilité dont il jouissait me faisait croire qu'une ankylose se produisait entre cet os et l'iliaque avec lequel il était depuis longtemps en contact. La tête du fémur, recouverte par des parties molles amincies, pouvait facilement être sentie.

Considérant de plus, que toutes les parties qui constituent une articulation saine devaient avoir disparu, et qu'il ne devait pas dès lors y avoir un aussi grand danger à enlever la tête de l'os déplacé ; réfléchissant enfin que la santé de l'enfant, détériorée par une longue et abondante suppuration, ne pouvait être rétablie, je fus amené après mûre réflexion à proposer une opération ayant pour but d'enlever de la partie supérieure du fémur tout ce qui était carié. La carie paraissait descendre un peu plus bas que le trochanter.

Si cette opération eût pu se faire, elle aurait eu pour résultat de dégager la partie inférieure de la cuisse de la position qu'elle avait prise avec celle du côté opposé, elle m'aurait permis de ramener le membre en dehors, et probablement de placer ce garçon dans une condition aussi bonne que ceux qui, affectés de coxalgie, ont une articulation anormale et marchent avec ou sans l'aide de béquilles.

Je me proposais de diviser les téguments recouvrant l'os, commençant au-dessus de la tête que l'on sentait facilement, de la prolonger aussi bas qu'il serait nécessaire, et de séparer des deux côtés les parties molles d'avec le corps du fémur. Je me proposais de scier l'os dans la partie inférieure de sa portion mise à découvert, avec une petite scie, et avec un levier de le dégager de l'os iliaque. J'espérais que la surface de la section de l'os se cicatriserait, et qu'une fois le fémur mis en bonne position il se formerait une nouvelle articulation. La plaie elle-

même devait être traitée comme une incision ordinaire, avec des bandelettes agglutinatives, un bandage, et le repos le plus parfait.

Mon collègue, feu M. Morel, vit le malade, partagea mon avis et m'offrit son concours pour l'opération. Feu M. William Smith, député de Norwich, qui connaissait parfaitement la mère et l'enfant, informa feu sir Everard Home de l'opération proposée. A sa demande l'enfant fut mené à Saint-George hospital, et après examen avec ses collègues, E. Home donna à la mère une consultation signée de lui et de ses collègues, déclarant que l'opération proposée était non-seulement inutile mais impraticable, et que si on l'essayait, la mort en serait le résultat probable. Je n'étais pas présent à cette réunion et je ne la connus que lorsque la mère me montra cette consultation ou cette protestation.

Naturellement après une telle déclaration j'abandonnai le traitement proposé. Quelques mois après, M. Travers allant visiter M. Smith dans la maison de la cité où il demeurait, y vit la mère et l'enfant qui y avaient été recueillis, et on le pria de voir le malade. La mère lui parla de l'opération que j'avais proposée, et comme cette femme était très intelligente, elle comprit les principes et le plan de ce que je me proposais de faire. Travers m'écrivit un petit billet par lequel il approuvait mon dessein et m'offrait avec bonté de m'aider dans l'opération, malgré la formidable opposition qu'elle avait rencontrée.

Heureux de l'approbation d'un praticien aussi distingué, j'acceptai son offre avec joie, car mon opinion à l'égard de la possibilité de l'opération n'était pas changée.

Un logement à Westminster fut procuré à la mère et à l'enfant, et après une consultation nous prîmes jour pour opérer.

En avril 1821, nous nous réunîmes, et l'enfant étant placé sur une table à une hauteur convenable, je divisai les téguments qui recouvraient l'os, faisant partir l'incision à un pouce au-dessus de la tête et la menant directement en bas le long de l'os, à deux pouces environ au-dessous du grand trochanter. Les téguments furent disséqués à droite et à gauche, et nous mîmes le fémur tout à fait à nu, jusqu'à un peu au-dessous du petit trochanter.

Une spatule fut alors glissée sous cette partie de l'os que je devais scier, afin de protéger les tissus sous-jacents. Tout cela fut fait rapidement.

Une petite spatule fut alors introduite dans la rainure faite par la scie, et me servit comme d'un levier pour relever l'os, qui, après une dissection rapide, fut détaché et enlevé de ses attaches à la fosse iliaque externe. Il ne restait aucun vestige de l'acétabulum, mais nous ne trouvâmes aucune carie de l'iléum.

La cuisse fut ramenée dans sa direction normale, et le genou dégagé de son contact avec le membre opposé. La plaie fut fermée avec des bandelettes agglutinatives et aucune portion de l'os ne fut laissée à découvert. Des attelles et un bandage à huit chefs furent appliqués, et le membre placé dans l'extension. L'enfant supporta bien l'opération et ne perdit qu'une quantité de sang insignifiante.

La tête, le col et le grand trochanter étaient très reconnaissables, la carie était superficielle et ne s'étendait pas au-dessous du petit trochanter. Le malade alla très bien, et après quelques semaines, l'incision et toutes les fistules étaient guéries. Il acquit rapidement de la force et de l'embonpoint.

Deux mois après l'opération, je commençai à examiner la région, pour voir s'il s'était formé des adhérences, et en essayant de mouvoir le membre dans différentes directions, je vis que l'enfant pouvait soulever la jambe. Peu à peu les mouvements acquirent plus d'étendue, et à la fin l'action musculaire seule faisait accomplir spontanément au membre des mouvements très étendus.

Après quatre mois, je cherchai s'il pouvait supporter sur le pied des pressions directes de

bas en haut. On lui donna des béquilles, la pression n'était pas douloureuse, et un an après la résection, il pouvait marcher sans béquilles avec un étrier élevé. Enfin, j'acquis la certitude qu'une nouvelle et utile articulation s'était formée, l'enfant pouvait faire aisément à pied plusieurs milles sans béquilles ni canne. Tous les mouvements étaient possibles à un haut degré, excepté la rotation et l'abduction directe. Il entra comme apprenti chez un cordonnier pour dames, mais cinq ans après l'opération, il devint phthisique et mourut à l'hôpital de Westminster. Le membre fut enlevé avec la moitié du bassin, et il est déposé au musée du Collége des chirurgiens. Cependant les parties n'ont pas encore été examinées afin de voir les changements qui se sont effectués dans les tissus, au point de former une articulation presque aussi parfaite que l'articulation normale. Le corps du fémur paraît avoir perdu son pouvoir d'élongation consécutive, car pendant la vie de l'enfant, de fréquentes mensurations permirent de constater qu'il ne s'était pas allongé. Probablement ce fait que les os ne s'accroissent pas après la résection de leur tête n'est pas assez connu (1).

La pièce pathologique est déposée au musée du Collége des chirurgiens à Londres et classée sous le n° 391. J'ai pu l'examiner et en prendre le dessin.

Il semble s'être fait une nouvelle articulation. Malheureusement je n'ai pu en voir l'intérieur, car la capsule fibreuse de nouvelle formation est intacte. L'extrémité supérieure du fémur est légèrement renflée, elle appuie sur l'os iliaque à peu près au niveau où existait primitivement la cavité cotyloïde. Cette extrémité est entourée de tissus fibreux, d'une sorte de bourrelet ligamenteux qui l'entoure complétement, et va ensuite s'insérer circulairement sur l'os des iles.

Malgré les succès obtenus par beaucoup de chirurgiens dans les résections de l'épaule, du coude et même du genou, White n'osa proposer son opération que par cette considération, que la carie devait avoir détruit l'articulation et qu'il serait ainsi mis à l'abri des accidents que font redouter les grandes plaies articulaires.

Malgré le résultat heureux qui la suivit, l'exemple de White attendit longtemps des imitateurs. On trouve dans les annales de la science quelques récits de semblables opérations, mais ce n'est que depuis une quinzaine d'annés qu'elle est régulièrement pratiquée, et qu'on lui donne l'importance qu'elle mérite.

Les Allemands réclament pour Schmalz, de Pirna (Saxe), l'honneur d'avoir pratiqué le premier la résection de la hanche. Nous avons trouvé dans une thèse peu connue en France la relation de ce fait. Il est rap-

(1) *The Lancet*, 1849, vol. Ier, p. 360. — S. Cooper, *Surgical Dictionary*, art. Bones.

porté dans une lettre particulière adressée par Schmalz à une personne dont les initiales H. T. nous sont seules connues, laquelle la remit à Hedenus (1) qui l'inséra dans sa thèse *sur la désarticulation de la hanche*. Nous en donnons les principaux passages :

Obs. II. — Pendant l'automne de 1816, je fus appelé auprès du fils du pasteur Ehvlich, à Stürze, qui avait pris le lit depuis six mois pour une coxalgie. Je trouvai la tête du fémur *gauche* hors de la cavité cotyloïde, portée en arrière et en haut, et le pied raccourci de deux pouces et demi.

L'articulation de la hanche *droite* était en pleine suppuration, mais ici la tête de l'os était encore dans la cavité, et par là la jambe avait conservé sa longueur normale. L'affaiblissement et la fièvre hectique avaient atteint le plus haut degré, et la vie du petit malade paraissait perdue sans ressources.

Depuis longtemps déjà, le stylet avait découvert que le col du fémur était carié dans toute son étendue, et ne présentait aucune tendance à l'exfoliation et à la guérison. L'excision de la tête hors de l'articulation de la hanche semblait être, quoique douteux, le seul moyen de sauver le malade. Je fis donc une incision de quatre pouces de long, aux téguments et à tous les muscles presque fondus par la suppuration et l'affaiblissement, et par là je mis le grand trochanter à nu. Là, à mon grand étonnement, je vis que le col, au-devant de la partie moyenne, s'était séparé en partie en avant et vers la fosse trochantérienne. Je ne me servis ni du ciseau, ni de la scie, mais je saisis le col avec une forte pince, et je l'arrachai sans grand écoulement de sang avec la tête fémorale, après quelques fortes rotations. La nature avait donc opéré là ce qu'eût fait une excision de la tête du fémur.

A partir de ce moment la santé du petit alla en gagnant. Un bandage circulaire tint pendant toute une demi-année le fémur doucement appliqué contre l'os iliaque, et par une position convenable on maintint le pied dans un repos non interrompu. Il en résulta qu'au bout de quatre semaines, après l'extraction de quelques esquilles, la plaie guérit, le trochanter chercha une nouvelle surface articulaire, qui fut suffisamment assujettie pour porter le corps, et que le petit malade put, sans le secours de béquilles, poser le pied à terre et marcher. De suite après l'opération, on remarqua que la jambe se trouvait aussi courte que l'autre, vu que le fémur était tiré en haut par les muscles. Les deux pieds sont seulement légèrement tournés en dehors, les jambes de même longueur, et sa démarche est chancelante, semblable à celle d'un canard. L'un des côtés du bassin, comparé à l'autre, est de même hauteur, le bassin entier est seulement un peu penché en avant. Au voisinage de l'articulation de la hanche gauche, on trouve une élévation produite par la tête luxée, comme chez tous les sujets qui ont été atteints de coxalgie, et chez lesquels la tête est sortie de la cavité ; à la hanche droite, au contraire, on ne trouve pas cette élévation, et le grand trochanter se sent presque normal.

Ce fait est, comme on le voit, plutôt une extraction d'un séquestre mobile qu'une véritable résection, mais il n'en est pas moins important au point de vue de la guérison consécutive.

(1) A. Hedenus, *Commentatio de femore in cavitate cotyloidea amputando*. Leipzig, 1843, sect. IV, p. 65.

Obs. III. — Hewson (de Dublin) fit la résection de la tête du fémur, en 1823, pour une carie. Il scia la tête de l'os au-dessus du petit trochanter; trois mois après l'opération, le malade mourut de fusées purulentes qui s'étendirent par une ouverture de la cavité cotyloïde jusque dans le bassin (1).

Obs. IV. — En 1829, Schlichting pratiqua cette opération sur une jeune fille de quatorze ans. Il agrandit l'ouverture d'un abcès préexistant, et retrancha ensuite la tête du fémur. Six semaines après, la malade était guérie ; elle pouvait marcher librement quoiqu'en boitant (2).

Obs. V. — Krehleren Heine (de Wurtzbourg), au dire de Lepold, aurait fait également cette résection avec succès.

Obs. VI. — M. Gluge la fit dans un cas de carie, mais le sujet succomba deux jours après l'opération (3).

Obs. VII. — Vogel, suivant M. Velpeau, reséqua la hanche sur une jeune fille affectée de coxalgie, avec fistules nombreuses à la hanche. Mais comme dans le cas de Schmalz la tête cariée était détachée et mobile, l'enfant guérit (4).

Obs. VIII. — Textor, en 1834, enleva la tête du fémur, le col et 3 centimètres du grand trochanter chez un enfant de sept ans et demi, nommé Jean Buckert. Il y avait fracture du col et du bassin. La coxalgie paraissait due à une chute faite six mois auparavant. L'enfant mourut (5).

Obs. IX. — En 1837, il répéta la résection sur un nommé Jean Wiegand, âgé de dix-huit ans; la mort suivit l'opération.

Obs. X. — Un homme de trente-quatre ans, Michel Hartung, mourut aussi après avoir subi, en 1839, la résection de la hanche.

Obs. XI. — M. Sédillot vit, en 1850, à l'hôpital de Textor, à Wurzbourg, un jeune homme dont la tête du fémur avait été reséquée, quelques années auparavant, au-dessous du petit trochanter. La guérison s'était opérée, malgré l'altération concomitante de la cavité cotyloïde et un abcès de la fosse iliaque interne. L'opéré marchait assez bien en s'appuyant sur son membre (6).

Ces faits, en y ajoutant deux observations de résection de la tête du fémur, pratiquée pour plaies d'armes à feu par Oppenheim en 1829 et Seutin en 1832, observations que nous rapporterons plus tard, constituent dans l'histoire de l'opération une première période dans laquelle les insuccès surpassèrent en nombre les cas heureux, mais pendant laquelle aussi l'opération, à peine connue de la plupart des chirurgiens, fut rarement pratiquée.

(1) Bonino, *Annales de la chirurgie française et étrangere.* Paris, 1844, t. X, p. 391.
(2) *Idem.*
(3) *Encyclopédie* de Bush, t. IV.
(4) Bonino, *loc. cit.*
(5) Mémoire de Textor, 1842.
(6) Sédillot, *Méd. opérat.*, t. Ier, p. 512.

Cependant des expériences nombreuses avaient été faites sur les animaux, et leurs résultats en la précédant devaient encourager l'observation clinique. Chaussier (1), Rossi (2), Wachter (3), montrèrent que la résection de la tête fémorale est, chez les chiens, suivie de la formation d'une pseudarthrose, qui permet à l'animal de se servir de son membre. Quelque intérêt qu'ait pu avoir à une autre époque l'expérimentation sur les animaux, nous n'avons pas cru devoir y recourir, les faits sont maintenant assez nombreux pour que l'on puisse s'appuyer sur les résultats cliniques, et pour ce qui concerne les résultats anatomo-pathologiques, nous possédons malheureusement un assez grand nombre de faits mortels qui ont permis d'étudier les membres reséqués, plus ou moins longtemps après l'opération et aux différents degrés de réparation.

La résection de la hanche, quoique pratiquée pour la première fois en Angleterre et répétée par Hewson (de Dublin), en 1823, y fut bientôt oubliée. Pendant une période de plus de vingt années, aucun chirurgien anglais n'y eut recours, et elle se réfugia exclusivement en Allemagne. Textor père surtout attira sur elle l'attention des chirurgiens allemands, et publia en 1842 un travail sur ce point de pratique chirurgicale.

On peut distinguer dans l'histoire de l'opération une première période commençant à White en 1821 et s'arrêtant à Textor en 1842. Pendant cette période, la résection de la hanche, quoique pratiquée plusieurs fois, quoique ayant fait le sujet de travaux remarquables parmi lesquels nous citerons ceux de Michael Jaeger (4), de Textor (5), de Heine (6), d'Oppenheim (7), n'avait pas encore attiré complétement sur elle l'attention des chirurgiens.

En 1844 parut un bon travail sur ce sujet, dû à M. Bonino, chirurgien aide-major (8). L'année suivante, M. Fergusson pratiqua de nouveau en Angleterre une opération qui y était oubliée depuis vingt ans,

(1) *Magasin encyclopédique*, t. VI, n° 24.
(2) *Méd. opératoire*, t. II, p. 224.
(3) *Diss. de articulis extirpandis.* Groningue, 1810.
(4) Rust. *Handbuch der Chirurgie*, t. V, p. 559.
(5) *Ueber die Wiedererzeugung der Knochen nach Resectionen.* Wurzburg, 1842.
(6) *Journal de Graefe*, t. XXIV.
(7) *Zeitschrift für die ges. Medicin* de Dieffenbach et Oppenheim, t. I, p. 137.
(8) *Annales de la chirurgie française et étrangère.* Paris, 1844, t. X.

et attira définitivement sur elle l'attention du monde médical. Depuis cette époque, un grand nombre de praticiens les plus remarquables de l'Angleterre et de l'Amérique l'ont souvent répété. A leur tête se placent MM. Smith, Jones (de Jersey), Erichsen, Price, Bowman, Hancock, etc.

Elle a été le sujet d'un grand nombre de travaux parmi lesquels nous citerons : un mémoire de M. Smith (1), un travail de Dircks (2), les travaux de Heyfelder (3), de Schwartz et d'Esmerck (4), de Schilbock (5), de Blackburn (6), de Green (7), d'Hancock (8), plusieurs leçons de M. Fergusson et Erichsen, et la thèse inaugurale de M. Bazire (9).

Si l'opération rencontre encore en Angleterre une certaine opposition, on peut dire cependant qu'elle est actuellement entrée dans la pratique chirurgicale ordinaire ; il en est de même en Allemagne, et il ne s'agit plus maintenant pour les chirurgiens anglais, allemands ou américains d'apprécier la possibilité plus ou moins grande de la résection, mais ce qui est non moins difficile, de préciser les cas dans lesquels elle est applicable.

Pratiquée pour la première fois en France, en 1847, par Ph. Roux, elle n'a pas été répété depuis, car l'opération faite par M. Maisonneuve n'est pas une résection, mais une section du grand trochanter pour remédier à une ankylose en créant une fausse articulation.

ART. II. — MARCHE ET TERMINAISONS DE LA COXALGIE.

Les noms de *coxalgie*, *coxarthrocace*, *fémoro-coxalgie*, servent à désigner certains états morbides de l'articulation coxo-fémorale, très différents dès le début, mais qui, à une certaine période de leur déve-

(1) *The Lancet*, 1848. vol. Ier, p. 361.
(2) *Diss. inaug. de resectione capitis femoris.* Wirceb, 1846.
(3) *Ueber Resectionen und Amputationen.* Bonn, 1835.
(4) *Ueber Resectionen.* Kiel, 1858.
(5) Iena, 1858.
(6) *Guy's Hospital reports.* 1836.
(7) *Indian Annals.* 1855.
(8) *The Lancet.* 1857.
(9) Paris, 1860.

loppement, se confondent pour donner naissance à un ensemble de symptômes et de lésions qui permettent de faire de cette maladie une entité pathologique désignée sous le nom de *tumeur blanche*.

Je n'ai point à faire ici une description, même succincte, de la fémoro-coxalgie; je dois cependant rappeler en quelques mots certaines particularités de l'histoire de la maladie en rapport direct avec le sujet qui doit seul m'occuper : la résection des surfaces articulaires à une certaine période de l'affection.

Les recherches de MM. Paletta, Brodie, Lesauvage, Malgaigne, Maisonneuve et surtout les travaux de Bonnet (1), de MM. Richet (2) et Parise ont montré que la coxalgie peut, à l'origine, présenter des formes très différentes. La maladie peut débuter par une hypersécrétion de synovie, un épanchement sanguin dans l'intérieur de l'article; elle peut affecter d'abord les os, les cartilages ou la membrane synoviale. De là plusieurs périodes, plusieurs formes de l'affection : lorsque la synoviale s'enflamme sous l'influence d'un refroidissement, d'un coup, d'une chute sur la hanche, etc., les symptômes sont ceux d'une *arthrite simple* ou accompagnée d'un épanchement séreux.

La douleur, la gêne des mouvements disparaissent au bout de quelques jours, sous l'influence du repos et des antiphlogistiques locaux; mais si le malade ne se soumet à aucun traitement, s'il continue à marcher, si surtout sa constitution est mauvaise, l'inflammation persiste, le liquide épanché, loin de se résorber, augmente de quantité, l'épithélium qui recouvre la surface de la synoviale se détache comme par une sorte de macération, des fongosités se développent, et l'on a alors ce que l'on peut appeler une *arthrite fongueuse*.

La sécrétion séreuse devient bientôt purulente et un abcès se forme à l'intérieur de l'articulation. Les cartilages au contact du liquide perdent leur poli, s'évident, s'amincissent et peu à peu disparaissent, laissant à découvert les os qui à leur tour ne tardent pas à devenir malades.

D'autres fois, la maladie débute par les os et n'envahit que consécutivement l'articulation; mais, quelle que soit sa marche, il arrive un

(1) *Traité de thérapeutique des maladies des articulations*, 1845. — *Traité de thérapeutique des maladies articulaires*. Paris, 1853. — *Nouvelles méthodes de traitement des maladies articulaires*. Paris, 1860.

(2) *Mémoire sur les tumeurs blanches* (*Mém. de l'Acad. de médecine*, t. XVII, p. 37).

instant où les désordres sont tels que le mode d'invasion a perdu presque toute son importance.

La tête du fémur, entièrement ou presque entièrement dépouillée de son cartilage, est profondément creusée par la carie ; parfois elle a subi une perte de substance telle, qu'elle a presque disparu ; quelquefois même, séparée par la nécrose du reste de l'os, elle gît comme un véritable corps étranger au milieu de la suppuration qu'elle entretient par sa présence. Un phénomène à peu près constant se présente à cette période de la maladie, c'est la luxation du fémur, qui s'est porté soit dans la fosse iliaque externe, ce qui est le plus fréquent, soit dans l'échancrure sciatique ou vers le trou sous-pubien.

La cavité cotyloïde, creusée et agrandie par la carie, a souvent perdu une partie de son rebord osseux disparu par les progrès du mal : remplie de tissu fongueux d'apparence gélatiniforme, de débris osseux appartenant soit à la tête fémorale, soit à elle-même, elle est quelquefois perforée, et le pus qu'elle renferme pénétrant dans le bassin fuse vers les parties déclives, vers le rectum qu'il dénude, ou remonte le long du psoas jusqu'à la colonne vertébrale.

La capsule articulaire, détruite ou réduite à quelques débris, a permis à la tête fémorale de quitter la place qu'elle doit occuper ; la synoviale a disparu sous les fongosités auxquelles elle a donné naissance.

Epuisé par une longue suppuration qui s'est fait jour au dehors par un grand nombre d'ouvertures et de fistules intarissables, épuisé par la douleur, le malade gît sur son lit de misère dans une attitude qui révèle ses souffrances. Chaque mouvement lui arrache des cris, car sa cuisse croisée sur le membre sain, déformée par la luxation, amaigrie ou gonflée par l'œdème, peut à peine être touchée. Lorsque la maladie a atteint ce degré de gravité, la mort seule vient presque toujours mettre une fin à tant de maux, et si, par un bonheur inespéré, la guérison vient couronner les efforts du chirurgien, elle ne laisse au malade qu'un membre fléchi à des degrés divers, immobilisé par l'ankylose, presque toujours inutile et souvent nuisible.

Faut-il dans les coxalgies arrivées à cette période, abandonner le malade à ses propres forces, alors qu'elles s'épuisent chaque jour, et l'art ne peut-il intervenir d'une manière utile en retranchant les os rongés par la carie?

La nature elle-même en éliminant, dans quelques cas, la tête du fémur nécrosée et détachée du reste de l'os, semble nous montrer la marche que nous devons suivre. Liston avait dans son cabinet une tête du fémur détachée par la carie et spontanément expulsée. Rankin en possédait une autre recueillie de la même manière (1), de nombreux exemples ont été rapportés par Vogel (2), Schmalz (3), Harris (4), Ried (5), etc.

Le chirurgien peut-il imiter la nature et enlever les parties malades? La résection de la hanche est acceptée en Angleterre par la plupart des chirurgiens.

En France, M. Bonino (6), M. Bazire (7), sont les seuls qui aient défendu, en s'appuyant sur les faits, la résection de la hanche. Presque tous les chirurgiens français sont plus ou moins opposés à la pratique de cette opération, on la représente comme inutile et même nuisible, on lui fait enfin un grand nombre d'objections dont nous devons examiner la valeur.

ART. III. — DES OBJECTIONS CONTRE LA RÉSECTION.

§ 1er. — De l'inutilité de l'opération.

La guérison de la coxalgie n'exige pas, dit-on, l'intervention directe de la chirurgie opératoire; elle peut suivre l'application de moyens thérapeutiques moins dangereux que la résection.

Sans doute, si la maladie n'est pas arrivée à une période avancée, tout espoir d'obtenir une guérison qu'on pourrait appeler spontanée n'est pas perdu; les cas cités d'élimination de la tête fémorale nécrosée peuvent être invoqués comme exemples. Sans doute, il ne faudrait pas recourir à une opération, alors que les os sont à peine malades, et que la maladie ne consiste que dans l'existence de fongosités articulaires.

(1) *The Lancet*, 1849, t. Ier, p. 567.
(2) *Observat. quasdam chirurgicas defendit.* Vogel, 1771.
(3) *Obs. de femore in cavitate cotyloideo amputando*, 1823, p. 65.
(4) *Philadelphia medical Examiner*, 1839.
(5) *Resectionem*, p. 383.
(6) *Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. X.
(7) Bazire, *Thèse inaugurale.* Paris, 1860, n° 59.

Une médication s'adressant à l'état général, principale cause de l'affection dans la plupart des cas, l'immobilité absolue du membre, des moyens locaux appropriés, peuvent quelquefois amener la guérison; mais que faire lorsque la carie a détruit une partie de la tête du fémur, a attaqué la cavité cotyloïde elle-même, lorsque la suppuration épuise les forces du malade, lorsque la luxation spontanée du fémur ne laissera après la guérison qu'un membre inutile, faut-il attendre et s'abstenir de tout moyen chirurgical actif? Pour un seul cas de guérison inespérée, combien de malheureux voués irrévocablement à la mort! Dans ces cas si graves, M. Sédillot (1) paraît regretter de n'avoir pas eu recours à la résection et se montre disposé à la pratiquer.

« Nous avons eu plusieurs fois, dit-il, l'occasion de la tenter dans » des cas de coxalgie désespérée, à une époque où nous n'étions pas » aussi confiant que nous ne le sommes aujourd'hui dans les avantages » de ces opérations. *Les malades ont tous succombé après d'affreuses* » *souffrances,* et il ne nous reste pas de doute que la résection n'eût été » le seul moyen de les sauver. Nous sommes en conséquence disposé à » l'entreprendre. » Cependant M. Sédillot ne paraît pas avoir eu depuis l'occasion de recourir à la résection.

Nous ne citerons pas l'opinion de la plupart des chirurgiens sur le pronostic de la coxalgie, accompagnée de la suppuration articulaire. « Le pronostic, dit M. Nélaton (2), variera suivant l'étendue des désor- » dres locaux, l'état général du malade, la présence ou l'absence d'ab- » cès par congestion ; *dans ce dernier cas, elle* (la coxalgie) *est presque* » constamment mortelle. »

Malgré la gravité de ce pronostic, gravité qui démontre combien échouent souvent les ressources ordinaires de la thérapeutique chirurgicale, beaucoup de chirurgiens se refusent à pratiquer la résection en s'appuyant surtout sur les altérations concomitantes de la cavité cotyloïde qu'ils regardent comme incurables.

§ 2. — De l'implication de la cavité cotyloïde.

La cavité cotyloïde est-elle toujours malade? — Cette affirmation

(1) Sédillot, *Traité de médecine opératoire*, t. Ier, p. 515.
(2) Nélaton, *Traité de pathologie externe*, t. II, p. 268.

quoique vraie ne doit pas être absolue. La coxalgie, lorsqu'elle débute par la tête du fémur, peut exister depuis un certain temps, sans que la cavité cotyloïde participe à la maladie; de nombreux exemples pourraient en être cités; mais ce n'est pas là le point en litige : ce qu'il s'agit de savoir c'est si l'acétabulum est malade lorsque l'affection est arrivée à un degré de gravité tel que la résection soit indiquée.

Nous devons reconnaître que, dans l'immense majorité des cas, la cavité cotyloïde est malade, lorsque l'articulation est le siége d'une coxalgie grave ou ancienne. Sans doute, on trouve dans ces circonstances, des exemples d'intégrité de l'acétabulum, mais ces exemples sont rares, véritablement exceptionnels, et si la science doit en tenir compte, le chirurgien, lui, ne doit pas oublier que l'art est basé sur la règle et non pas sur de rares exceptions.

Si la cavité cotyloïde est presque toujours affectée, l'opération ne doit donc pas être tentée? — Répondre par l'affirmative, ce serait tirer d'une vérité des conséquences fausses et de plus contredites par les faits. L'acétabulum est souvent plus ou moins affecté, mais si nous disons que son intégrité est rare, nous sommes loin de dire que la maladie y existe toujours au même degré que dans le fémur; c'est précisément cette circonstance qui se présente presque comme règle générale, et que justifie la résection.

Les lésions du cotyle se bornent souvent à une simple érosion du cartilage qui le recouvre, à une carie très limitée de son rebord osseux, ou à la transformation fongueuse de la synoviale qui garnit son arrière-fond. Nul doute que ces lésions ne soient curables sans opération, s'il en était autrement, il faudrait renoncer à guérir jamais une arthrite fongueuse de l'articulation coxo-fémorale, et il n'est pas de chirurgien qui n'ait constaté de ces guérisons obtenues par des moyens appropriés, mais sans opération sanglante. Si donc, lorsque la résection a été employée, le bassin n'est pas plus gravement affecté, la guérison pourra être espérée. Vainement objectera-t-on que la résection n'est pas applicable à ces cas, puisque la curation spontanée pourrait et devrait être tentée, nous montrerons plus loin que presque toujours la maladie peu grave du côté de l'os iliaque, est très développée dans la tête fémorale, et que la présence du fémur carié a été souvent la cause qui a développé et propagé la maladie de la partie pelvienne de l'articulation.

La cavité cotyloïde cariée peut-elle guérir? — Ici existent de grandes divergences d'opinion, heureusement les faits viendront à notre secours. Quelques chirurgiens, à la tête desquels se place M. Syme, nient complétement la possibilité de cette guérison.

« Si la carie, dit-il, survient, nul moyen humain ne peut la guérir. » Dernièrement dans quelques-uns des hôpitaux de Londres, on a essayé » de chercher à guérir la maladie, en enlevant la tête du fémur cariée, » mais c'est une mauvaise opération, car la carie de cette articulation » n'existe jamais sans que les os du bassin ne soient également envahis » par la maladie. Je regrette que ces opérations aient été tentées, car » elles jettent du discrédit sur la résection très utile des autres articu- » lations, telles que le coude, résection qui est devenue une des opéra- » lations régulières de la chirurgie. Si la maladie est susceptible de gué- » rison, la résection de la tête du fémur est inutile; si elle ne peut guérir, » l'opération accélère seulement une terminaison fatale; si le malade » guérit, cela prouve surabondamment que la résection de l'os était » inutile; si l'opération a son utilité, pourquoi enlever la tête de l'os, » et en même temps laisser une partie de la cavité cotyloïde cariée, » partie qu'on ne peut enlever? Le sens commun et les résultats inutiles » de ces opérations montreront, je n'en doute pas, en dernier ressort » l'inutilité de ces opérations (1). »

Il n'est point nécessaire d'invoquer le sens commun pour montrer le peu de fondement de ces sophismes, et l'expérience de dix années a montré surabondamment et en dernier ressort l'utilité de l'opération.

Si le malade, dit encore M. Syme (2), est affecté de carie de la hanche, il doit nécessairement mourir (*he must die*); si la coxalgie n'est pas due à la carie, il peut guérir (*he may recover*). On voit que le chirurgien d'Édimbourg n'admet pas la guérison possible de la carie, qu'il définit : une forme d'ulcération de l'os, dans laquelle il n'existe pour la partie affectée aucun pouvoir de guérison. *That form of ulceration of bone in which there is no power of recovery in the part affected.*

En définissant ainsi la carie, M. Syme infère du pronostic d'une affection pour en déduire la nature, basant, par une pétition de prin-

(1) *Medical Times and Gazette*, 30 décembre 1848.
(2) *The Lancet*, 1849, t. Ier, p. 267.

cipe, le pronostic sur la nature de la maladie. Pour lui, la carie est absolument incurable; il n'est donc point en droit de blâmer les chirurgiens, qui, plus hardis et plus heureux que lui, ont obtenu par des tentatives qu'il repousse, des guérisons qu'il déclarait impossibles.

Si nous attachons autant d'importance aux opinions de M. Syme, c'est qu'il jouit à juste titre d'une des plus grandes renommées chirurgicales, et que son opinion pourrait être dans la question qui nous occupe d'un certain poids auprès des chirurgiens français ; nous sommes donc obligé de dire, dans l'intérêt de la cause que nous cherchons à défendre, que cet éminent chirurgien nous paraît entraîné à confondre dans ses aversions, la résection de la hanche et celui qui le premier a réintroduit avec succès cette opération dans la pratique chirurgicale anglaise.

Nous avons pour M. Syme et ses travaux si remarquables la plus grande estime, mais ne pouvons-nous pas suspecter parfois la complète impartialité du professeur d'Édimbourg, ne serait-ce que par amour-propre? car dans un leçon clinique (1), M. Syme apprécie de cette manière la chirurgie française : *And I may here remark, that the surgery of Paris, which a hundred years ago, was without doubt the best in Europe, is at present characterized by frivolity, pretension and total disregard of practical utility.*

En France, la carie, quoique regardée avec raison comme une maladie très grave, n'est point considérée comme incurable. « Lorsque la » carie, disent MM. Denonvilliers et Gosselin (2), est étendue, profonde, » et se dérobe à nos moyens d'investigations et aux secours de la chi- » rurgie, qu'elle fournit une abondante suppuration qui épuise le ma- » lade, qu'elle affecte les extrémités articulaires des os longs et porte » sur plusieurs os à la fois, elle est très fâcheuse, souvent mortelle, à » moins qu'on ne puisse débarrasser le malade par l'amputation. »

La cavité cotyloïde peut guérir spontanément. — C'est ce que vont nous montrer quelques exemples, mais ils nous montreront aussi que la condition essentielle de cette guérison paraît être l'existence de la luxation spontanée. La tête du fémur cariée, en quittant la cavité des-

(1) *The Lancet*, 1855, t. Ier, p. 232.
(2) *Compendium de chirurgie*, t. II, p. 300.

tinée à la recevoir, paraît éloigner aussi la cause qui a amené et entretenu la maladie du bassin et permet à l'os iliaque de se guérir spontanément. Ce qui tend à le prouver c'est que la luxation, si elle a permis la guérison de l'acétabulum, n'a rien fait pour la maladie de la tête fémorale, car la carie y continue ses ravages.

Dans l'observation XIV, appartenant à M. Fergusson (1), il s'agit d'une petite fille de dix ans affectée d'une coxalgie datant de deux ans et demi. Il y avait depuis longtemps luxation spontanée, des abcès s'ouvraient au dehors par un grand nombre d'ouvertures s'irradiant dans toutes les directions : dans la région de l'aine, du côté du sacrum, et permettaient de constater directement la carie de la tête du fémur. La résection fut faite par M. Fergusson. Bien que la maladie eût en partie détruit la tête fémorale luxée, la cavité cotyloïde fut trouvée saine et remplie par du tissu osseux de nouvelle formation. L'opération fut suivie d'une complète guérison.

Obs. XIV. — Élisabeth V..., âgée de dix ans, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'époque de la maladie actuelle. Il y a deux ans et demi elle fut jetée à terre par une autre petite fille; elle tomba sur la hanche gauche et boita après l'accident. Elle garda quelque temps le lit, et après l'application de quelques vésicatoires, elle put de nouveau se servir de son membre. Deux mois après, sans aucune cause apparente, les douleurs reparurent dans la jointure, accompagnées de gonflement. Le membre affecté montra bientôt du raccourcissement, se tourna en dedans et les orteils seuls posaient sur le sol; c'est en cet état qu'elle entra à Saint-Thomas hospital, où elle resta deux mois. Des abcès s'ouvrirent autour de l'articulation, et le gonflement, suivant la face postérieure du membre, descendit jusqu'au genou.

Un an après, ses parents s'aperçurent que la cuisse fléchie sur l'abdomen était ankylosée. De nouveaux abcès s'ouvrirent, la suppuration et la douleur l'amenèrent bientôt au dernier degré de marasme. Elle fut alors reçue dans un établissement hydrothérapique, et sous l'influence du traitement, elle reprit de la force et put marcher avec des béquilles. Elle sortit après un séjour de six mois. Ses parents espérant une guérison radicale la firent admettre à King's College hospital, le 4 janvier 1849.

La fesse gauche est anormalement saillante, molle, mais tendue; en arrière le gonflement affecte une forme globulaire, d'une dureté circonscrite qui semble être due à la puissance de la tête du fémur luxée en haut et en arrière. Dans la région existent des fistules s'irradiant dans toutes les directions, et communiquant avec la tête du fémur qui est carié. Quelques-unes de ces fistules s'ouvrent dans la région de l'aine, les autres du côté du sacrum. L'une d'elles, très large, s'étend du côté de la cuisse et laisse écouler une grande quantité de pus sanieux.

Quand elle est couchée sans remuer, elle souffre peu, mais le plus léger mouvement, la plus légère pression sur la région réveillent des douleurs intolérables. Elle repose sur le côté sain,

(1) *The Lancet*, 1849, t. Ier, p. 360.

le genou du côté malade reposant sur la cuisse saine. Elle paraît pâle et affaiblie; l'appétit et le sommeil sont bons.

11.—M. Fergusson, à la visite, agrandit une des fistules située sur la tête du fémur, et enleva une portion d'os nécrosé qui fut détachée. La tête du fémur fut trouvée cariée. Après un examen approfondi, M. Fergusson considérant que la tête paraissait surtout malade, se résolut à l'enlever.

13 janvier. — M. Fergusson fit une incision verticale de 4 pouces environ de longueur, vers la partie supérieure de l'os, intéressant la peau et le tissu graisseux. Cette incision fut rejointe par une autre transversale. Les parties molles, très épaissies et altérées, furent détachées de l'os. Le membre fut alors tourné dans une forte rotation en dedans afin de faire saillir sa tête, et la scie fut appliquée au-dessous du grand trochanter, qui fut enlevé avec la tête fémorale; celle-ci était cariée et fort diminuée de volume. « La cavité cotyloïde fut trouvée saine; en réalité on en trouvait peu de traces, car elle était remplie par du tissu osseux de nouvelle formation. » Les bords de la plaie, réunis par quelques points de suture, la malade fut reportée dans son lit. Aucun vaisseau ne réclama de ligature. Le soir elle se plaignit de beaucoup de douleurs, surtout vers le genou. Le chloroforme administré pendant l'opération lui causa des vomissements.

14. — Suintement sanguin pendant la nuit. Douleur moins vive. Pansement à l'eau froide.

16 janvier. — Nuit bonne, pas de douleur, la plaie suppure, son aspect est bon. Appétit satisfaisant. (Vin, thé de bœuf.)

18 janvier. — La plaie a très bon aspect, des granulations se montrent dans son fond; pus de bonne nature. La malade paraît et se trouve bien. On applique quelques bandelettes pour rapprocher les bords de la plaie.

A partir de ce moment la malade alla très bien, les bords de la plaie se rapprochèrent, les fistules qui étaient si nombreuses se fermèrent, et le fémur à découvert au fond de la plaie se recouvrit de granulations.

20 février. — La malade se lève et se promène dans la salle à l'aide de béquilles. Le membre s'est redressé, la santé s'est rétablie.

27 février. — Elle peut mettre les orteils sur le sol et faire reposer sur eux à un certain degré le poids du corps. La plaie est guérie complétement et solidement, les mouvements se sont rétablis d'une manière remarquable, la flexion et l'extension sont presque complètes. Le membre s'est redressé et allongé; on lui permet de rester encore quelques semaines à l'hôpital, et le 22 mars on l'envoie à la campagne en excellente santé.

Un malade opéré par M. Coote (1), présenta les mêmes particularités, il y avait luxation spontanée dans l'échancrure sciatique, la tête fémorale était cariée, mais la cavité cotyloïde parut saine; elle était remplie par du tissu osseux de nouvelle formation. (Observation XXXIX.)

Le malade de l'observation XVII, que j'ai vu opérer par M. Fergusson, nous offre encore un exemple de cette guérison spontanée de la cavité cotyloïde.

La tête du fémur avait en grande partie disparu, le cavité cotyloïde n'existait plus qu'à l'état de vestige, elle était comblée par des tissus de nouvelle formation, mais paraisait exempte de maladie.

(1) *The Lancet*, 1857, t. II, p. 417.

Les faits que nous venons de citer, et nous pourrions en ajouter d'autres, prouvent que la cavité cotyloïde, malade au début de la coxalgie, peut se guérir spontanément, bien que la carie continue dans la tête fémorale luxée. Il peut donc exister des cas dans lesquels, au moment où la résection est faite, il n'y a pas ou il n'y a plus d'affection des os du bassin, mais seulement de la tête du fémur et des parties molles environnantes. Ces cas sont rares et ils doivent être, si nous voulons être dans le vrai, regardés comme très exceptionnels.

La cavité cotyloïde, quoique malade et respectée dans l'opération, peut guérir spontanément, mais après résection de la tête du fémur. — Si la cavité cotyloïde malade a pu guérir spontanément, alors que dans un os voisin la maladie continuait sa marche, à plus forte raison pourrait-on admettre à priori que cette guérison peut s'effectuer, lorsqu'une plaie remplie de tissus anormaux, baignée d'une suppuration sanieuse, a fait place à une plaie régulière et tendant à la cicatrisation. Les faits nous manquent pour affirmer ce qui n'est qu'une présomption, car presque toutes les fois que l'opération a été faite, les portions cariées de l'acétabulum ont été enlevées, soit avec des cisailles, soit avec la gouge, M. Parkman (1), dans un cas où il existait une carie de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde, reséqua le fémur, mais respecta l'acétabulum. Quoique l'exemple donné par ce chirurgien (observ. LI) ne doive pas autant, que possible, être suivi, il peut au moins servir à nous montrer que l'impossibilité ou la difficulté de retrancher toutes les parties malades, ne doit pas, après l'opération, faire perdre tout espoir de guérison ultérieure. L'observation manque malheureusement de détails suffisants, car ils s'arrêtent trois mois après la résection ; mais, quoique le succès paraisse avoir couronné la pratique de M. Parkman, nous pensons qu'il faut enlever les parties cariées de l'acétabulum plutôt que de laisser la guérison aux efforts de la nature.

§ 3. — De la résection de la cavité cotyloïde.

Le chirurgien peut-il enlever les parties cariées de la cavité cotyloïde; cette opération peut-elle être suivie de succès, n'augmente-t elle pas outre mesure les dangers de l'opération? — Comme nous l'avons dit au commencement de ce travail, l'implication de la cavité cotyloïde est

(1) *Records of the Boston Society.* 1854, p. 262.

pour presque tous les chirurgiens opposés à la pratique de la résection de la hanche, la principale objection qu'ils font à l'opération et le principal argument sur lequel ils s'appuient pour la rejeter. Or nous admettons, parce que c'est la règle ordinaire, la propagation de la maladie aux os du bassin, à un degré moindre toutefois que sur le fémur; nous avons montré que la cavité cotyloïde malade peut guérir spontanément, mais comme nous avons montré aussi que cette guérison spontanée est exceptionnelle, nous condamnerions une opération que nous voulons au contraire défendre, si nous ne prouvions par les faits, que le chirurgien peut avec assez de facilité porter l'action de ses instruments sur la cavité cotyloïde, et que son intervention active en lui permettant d'enlever les parties cariées, amène une guérison non plus exceptionnelle, mais ordinaire ou au moins fréquente.

La profondeur à laquelle se trouve la cavité cotyloïde, même sur le cadavre, peut et doit faire penser qu'on la mettra difficilement à découvert, d'autant plus que sur le vivant, le gonflement des tissus malades, durs, quelquefois comme lardacés, infiltrés de sérosité ou de pus, augmente encore l'épaisseur des parties qu'il faut traverser pour atteindre l'articulation. Cependant cette partie de l'opération est beaucoup plus facile qu'on ne le croirait au premier abord. S'il est difficile d'atteindre la cavité cotyloïde, en avant, à cause des vaisseaux, en dehors à cause de son éloignement de la surface extérieure du corps, il est facile de l'atteindre en arrière par une incision menée obliquement de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ischion. De cette manière, surtout si à cette incision on en ajoute une seconde transversale plus petite, on arrive sans peine sur la partie postérieure de la capsule. Du reste, ce qui prouverait que cette difficulté est plus apparente que réelle, c'est que les chirurgiens qui ont fait la résection l'ont à peine mentionnée, et que dans presque toutes les observations la rugine et la gouge ont été portées sur le bassin pour enlever les parties malades. Ce serait donc une mauvaise objection que celle qui se baserait uniquement sur une difficulté de manuel opératoire, aussi facilement surmontée. Du reste, il faut bien le dire, il est rare que l'on ait à ruginer toute l'étendue de la cavité, le plus souvent la maladie est bornée à son rebord osseux, et on la rencontre surtout dans la partie supérieure qui est aussi la portion la plus facilement accessible à l'action des instruments.

L'utilité de la rugination de la cavité cotyloïde a surtout été contestée, et beaucoup de chirurgiens paraissent croire que la carie de cette partie de l'os iliaque est à peine curable, ou que le peu d'épaisseur de l'os à ce niveau empêche de recourir à l'action de la gouge ou de la rugine, sous peine d'exposer au danger de pénétrer dans le bassin en perforant l'arrière-fond de l'acétabulum. Cette objection est la plus grave de toutes celles que l'on puisse faire à l'opération, nous devons donc examiner ce qu'elle peut avoir de fondé.

Dans la plupart des observations de résection, la cavité cotyloïde a été ruginée, et de nombreuses guérisons viennent prouver l'utilité de cette pratique. L'étendue et la profondeur des lésions osseuses sont extrêmement variables.

Les observations suivantes nous montreront quelques exemples de cette guérison.

William W..., âgé de sept ans et demi (observation XIX), subit la résection du fémur au-dessous du grand trochanter, la cavité cotyloïde nécrosée sur un point fut ruginée. Malgré des symptômes physiques de tubercules pulmonaires constatés avant l'opération, l'enfant guérit, et il n'avait besoin pour marcher que d'un soulier à haut talon ; tout symptôme de phthisie avait disparu.

Obs. XIX. — (Erichsen.) — William W..., âgé de sept ans et demi, fut admis le 22 décembre 1856 à University College hospital. La santé avait toujours été bonne, lorsqu'en 1853 il fit une chute étant monté sur un âne et boita dès ce moment. La claudication augmenta et il entra successivement dans plusieurs hôpitaux. En avril 1856, il allait en classe, mais en se servant de béquilles ; le 15 de ce mois, Erichsen ouvrit un abcès situé au niveau de la tête du fémur gauche, abcès qui donna issue à une assez grande quantité de pus et de matière caséeuse en apparence. On lui prescrivit du repos, du fer, de l'huile de foie de morue et des cataplasmes.

Quand il entra à l'hôpital, le 22 décembre, il était très faible et très émacié, avait des sueurs nocturnes très abondantes, la peau sèche et chaude pendant le jour ; il tousse un peu depuis 1853. Matité étendue dans les régions sus et sous-claviculaires gauches ; murmure respiratoire faible, mais dur ; expiration prolongée. La jambe gauche avait deux pouces et demi de raccourcissement, deux ouvertures fistuleuses existaient sur la hanche et la sonde arrivait sur du tissu osseux nécrosé vers la partie postérieure de l'acétabulum. La tête du fémur était luxée dans la fosse iliaque externe. — Huile de foie de morue, vin, alimentation tonique.

26 décembre. — Un abcès ouvert à la partie externe de la cuisse, laisse s'échapper quatre onces de pus.

1er janvier 1857. — Suppuration et sueurs nocturnes plus abondantes. La santé générale se détériore.

7 janvier. — Résection par le procédé en T sur la tête du fémur *luxée* dans la fosse iliaque

externe, au-dessus de l'acétabulum. Les tissus maintenant la tête dans sa nouvelle position sont divisés, l'os est luxé au dehors de la plaie et scié entre les trochanters avec la scie de Butcher. Une petite portion d'os nécrosé est enlevée avec la gouge sur la cavité cotyloïde. Le membre est placé sur une longue attelle posée au niveau de la plaie, mais pas tout à fait droite, à cause de la rétraction du tendon du jarret.

14 janvier. — La santé générale paraît meilleure. Sommeil et appétit bons, suppuration abondante mais de bonne nature ; l'attelle est réappliquée après administration du chloroforme.

21 janvier. — L'amélioration continue ; jambe maintenue tout à fait droite. La rigidité des tendons du jarret paraît avoir été causée par le séjour au lit.

28 janvier. — La santé est très améliorée ; l'enfant s'assied sur son lit et mange très bien. Quantité de suppuration très faible.

Les progrès de la guérison sont très satisfaisants. La plaie est presque guérie sauf une ou deux petites fistules insignifiantes. Les symptômes de phthisie ont disparu sous l'influence de l'huile de foie de morue, des toniques et d'une bonne nourriture.

Il quitte l'hôpital au mois de juillet pour se rendre à Walton-on-Thames, portant sur l'articulation nouvelle une calotte de cuir (1).

William W... vint en 1860 se représenter à la clinique de M. Erichsen. « Cet enfant, dit M. Erichsen, auquel il y a trois ans j'ai reséqué » la hanche, a obtenu une guérison parfaite et peut marcher très bien, » quoique le pied ne porte pas dans sa totalité sur le sol. Les mouve- » ments de la hanche sont des plus faciles ; les surfaces osseuses conti- » guës sont, je n'en doute pas, et comme cela arrive dans ces cas, réunies » solidement par du tissus fibreux. »

Charles B... (obs. XXIV), âgé de onze ans, était depuis dix-huit mois atteint de coxalgie, avec abcès, carie, etc. La cavité cotyloïde était cariée vers ses bords, et elle était remplie de tissus fongueux d'apparence gélatiniforme. On enleva avec la gouge tout ce qui était malade, et l'on reséqua la tête du fémur au niveau du petit trochanter. Cinq mois après il marchait facilement, sans béquilles, mais avec un soulier à haut talon ; la santé générale était revenue ainsi que l'embonpoint (2).

Obs. XXIV. — (Bowmann.) — Charles B..., âgé de onze ans, fut admis à King's College hospital, le 4 février 1857. Il y a dix-huit mois il éprouva pour la première fois de la douleur dans la hanche gauche qui enfla beaucoup, et le malade ne put appuyer le pied sur le sol. Cela dura deux mois, après quoi il recouvrit l'usage complet de son membre ; mais, il y a un an environ, les symptômes reparurent et ont continué sans interruption jusqu'à cette époque ; la

(1) *The Lancet*, vol. Ier, p. 310 ; 10 octobre, vol. II, p. 363. — *Medical Times*, 1857, vol. Ier, p. 35 à 337 ; vol. II, p. 421.

(2) *British medical Journal*, 1850, vol., Ier, p. 351.

douleur était reportée au genou. Deux mois environ avant l'entrée à l'hôpital, un abcès donnant issue à une grande quantité de pus s'ouvrit à la face externe de l'articulation. On constate lors de l'entrée l'état suivant : Cet enfant est pâle, délicat et paraît avoir été mal nourri. La hanche gauche ne jouit d'aucun mouvement, tous les mouvements se passent dans l'articulation sacro-iliaque. Lorsqu'il se tient debout, il rejette tout le poids du corps sur la jambe droite, la gauche paraît raccourcie, de telle sorte que les orteils seulement atteignent le sol ; le pied est dans une légère abduction. Le raccourcissement apparent est dû à la très grande obliquité du bassin et à une courbure correspondante de l'épine, car le membre gauche est d'un demi-pouce seulement plus court que le droit. La fesse gauche est très aplatie, il n'y a pas luxation de la tête. A la face externe de la hanche, un peu au-dessus du grand trochanter, existent deux ulcérations circulaires, profondément excavées, laissant écouler du pus séreux. Le membre est le siége d'un gonflement général. Il y a peu de douleur, excepté dans les mouvements, et quand elle est très vive, il la rapporte exclusivement au genou. — Cataplasmes, alimentation nourrissante, vin ferré.

18 février. — Gonflement, fluctuation de la région fessière. M. Bowman pratique une incision qui donne issue à une once de pus, le malade se trouve très soulagé.

28 février. — Suppuration moins abondante. Santé un peu améliorée.

9 mars. — Suppuration très abondante. Les ulcérations ont un bon aspect.

17 mars. — Œdème considérable des deux jambes et du côté droit, côté sur lequel le malade repose. Pas d'albumine dans les urines, un peu de toux.

1er avril. — Suppuration très abondante, l'enfant est très affaibli.

Opération le 4 avril. — L'enfant étant endormi par l'éther, M. Bowman fit une incision à travers le trajet fistuleux de la fesse jusqu'à l'ulcération qui existait sur le grand trochanter, il trouva alors une vaste cavité s'étendant sous la fesse vers l'articulation. Le doigt put, après qu'elle fut incisée, arriver sur le col et la tête du fémur, mis à nu par la destruction de la partie postérieure de la capsule. La tête *était encore dans la cavité cotyloïde.* Une large incision fut faite alors, depuis l'épine iliaque externe jusqu'à l'ouverture qui existait près du sacrum. Le trochanter et le col furent rapidement disséqués, la tête luxée et reséquée avec la scie ordinaire au niveau du petit trochanter. L'acétabulum présentait vers ses bords quelques petits points cariés qui furent enlevés avec la gouge. Sa cavité était remplie d'une substance gélatineuse, vasculaire, qui couvrait la tête de l'os et englobait quelques petits fragments détachés de cette partie du fémur. Aucun vaisseau ne réclama la ligature, il y eut à peine une once de sang perdu. Le malade, reporté dans son lit, on applique sur le membre une attelle de bois rigide et droite, présentant une échancrure au niveau de la plaie.

5 avril. — Nuit bonne, appétit bon, pansement simple au cérat.

13 avril. — La santé paraît améliorée ; langue claire, fonctions intestinales normales ; la plaie est recouverte de granulations de bonne nature, le membre est en très bonne position.

22 avril. — Suppuration très abondante, les granulations sont un peu œdémateuses, un peu de gonflement et de rougeur avec fluctuation à la partie supérieure et antérieure de la cuisse. On réapplique l'attelle.

26 avril. — Les granulations sont toujours œdémateuses et ont fait peu de progrès, ce qui tient à ce que le corps repose sur la plaie.

7 mai. — Application de teinture d'iode sur la partie de l'ulcération dont l'aspect est peu satisfaisant ; les bords qui granulent bien sont pansés simplement au cérat. L'enfant a mangé, son appétit est capricieux ; il se plaint toutes les fois qu'on le bouge pour faire les pansements.

13 mai. — La plaie suppure beaucoup, elle est douloureuse à la pression, sa surface est

jaunâtre et inégale, ses bords rougeâtres. — Lotions à l'acide nitrique dilué (acide dilué une drachme (1 gramme et demi) pour huit onces d'eau).

14 mai. — L'enfant est placé sur un hamac suspendu imaginé par M. Heath, interne du service ; il consiste dans une large pièce de toile attachée dans le berceau de Salter, et présentant une ouverture correspondant à l'ulcération. L'attelle est enlevée.

16 mai. — L'ulcération s'améliore, sa surface est plus rouge, la suppuration est modérée, l'aspect meilleur.

25 mai. — La condition de la plaie s'améliore de jour en jour. Le fémur gauche est dans sa direction normale par rapport au bassin, mais, mesuré depuis l'épine iliaque antéro-supérieure, il est d'un pouce trois quarts plus court que le droit.

11 juin. — La plaie de la hanche s'améliore rapidement, elle n'est plus douloureuse au toucher. Le membre est dans une bonne position, quoique raccourci ; la santé générale est bonne.

12 juillet. — Fluctuation à la partie antérieure et supérieure de la cuisse. M. Bowman fait une ponction et introduit dans l'ouverture un tube de caoutchouc pour faciliter l'écoulement du pus. On enlève le berceau, l'enfant repose simplement dans son lit.

23 juillet. — Avec l'aide de l'infirmière et des béquilles le malade fait quelques pas dans la salle. La plaie suppure beaucoup encore, la santé générale est bonne.

1er août. — Avec ses béquilles il peut marcher sans aucun secours étranger, et ne souffre nullement de la hanche.

25 août. — Il peut se promener un peu sans béquilles.

4 septembre. — Avec un soulier à haut talon, mais sans béquilles, il peut marcher et faire reposer quelque temps tout le poids de son corps sur le membre opéré. La jambe gauche a un pouce et demi de raccourcissement, Le bassin est un peu relevé du côté gauche. Le fémur paraît fortement fixé dans la fosse iliaque externe, mais il y a un peu de mobilité d'avant en arrière, qui s'augmente beaucoup par les mouvements du bassin. Dans la station les deux pieds reposent à plat sur le sol ; le genou droit dépasse en avant le genou gauche de deux pouces environ, mais il peut se tenir parfaitement droit à la condition de faire porter les orteils gauches seulement sur le sol. Pas de douleur. L'embonpoint fait des progrès. Il reste encore trois petites ulcérations mais qui se cicatrisent rapidement.

17 septembre. — Le malade quitte l'hôpital pour aller à la campagne (1).

Chez le malade qui fait le sujet de l'observation XLVII, la cavité cotyloïde était nécrosée dans une grande étendue, on enleva tout ce qui était malade, ainsi que la tête et le col du fémur. Deux mois après, l'enfant, complétement guéri, pouvait faire porter tout le poids du corps sur la jambe opérée et se promener autour de son lit. Le membre était tout à fait droit, les mouvements suffisants, et l'enfant n'avait besoin pour marcher que d'un soulier à haut talon.

Obs. XLVII. — (Holt.) — William P..., garçon âgé de six ans, fut admis à Westminster hospital, en janvier 1857, pour une coxalgie datant de deux ans. Il avait été renvoyé d'un autre

(1) *Lancet*, 1857, vol. II, p. 341.

hôpital comme incurable. A l'époque de son admission, la hanche et les fesses étaient très enflées, et le gonflement tenait plutôt à une infiltration de lymphe plastique et de sérosité qu'à de la suppuration, bien qu'un abcès se fût déjà formé et ouvert, laissant trois ouvertures fistuleuses, deux sur l'articulation, la troisième vers le tiers supérieur de la face antérieure du fémur. Par la fistule située au niveau de l'articulation la sonde arrivait sur du tissu osseux nécrosé, probablement la tête et le col du fémur. A cette époque, le genou malade était fléchi et caché sous le membre sain, il y avait en même temps incurvation considérable de la colonne vertébrale, difficulté de mouvoir le membre, mais on ne put se former une opinion formelle sur l'existence ou l'absence de luxation. La santé de l'enfant ayant été améliorée par des toniques, le membre entouré d'un bandage trempé dans l'eau, le gonflement céda un peu, mais sans que les mouvements s'améliorassent.

Le 7 juillet. — M. Holt reséqua la tête et une partie du col du fémur qui n'était pas luxé, et qui dut être détaché de l'acétabulum par la dissection. On trouva alors la cavité cotyloïde fortement nécrosée et l'on enleva tout ce qui était malade. Puis la plaie fut pansée et le malade fut placé dans son lit. Une attelle interrompue au niveau de la plaie (*interrupted*) fut appliquée au côté externe du membre.

Après l'opération le membre fut placé dans l'extension et retenu dans cette position par l'attelle, qui, au moyen de son interruption, permettait facilement des pansements journaliers. Il y eut peu de traumatisme, la plaie fit des progrès rapides, et deux mois après l'opération, l'enfant pouvait faire porter tout le poids du corps sur la jambe opérée et promener autour de son lit. Le membre est tout à fait droit, les mouvements satisfaisants, il n'a besoin pour marcher que d'un soulier à haut talon. L'incurvation de la colonne vertébrale, quoique diminuée, subsiste encore (1).

Dans l'observation LVIII (2), la résection de la tête fémorale et d'une partie de la cavité cotyloïde fut suivie d'une guérison complète après six semaines.

Mais il n'est pas besoin de citer un plus grand nombre d'exemples, quelques observations vont nous montrer que la guérison peut suivre et a suivi fréquemment la rugination et même la résection de la cavité cotyloïde, de la crête iliaque, de l'ischion, de la branche horizontale du pubis, et même une perforation de la cavité cotyloïde, assez large pour permettre au chirurgien de plonger le doigt dans le bassin.

§ 4. — De la perforation de la cavité cotyloïde.

Si la carie des bords de la cavité cotyloïde a pu être regardée par quelques chirurgiens comme une contre-indication à une intervention chirurgicale active, si la carie de l'acétabulum est regardée comme au-dessus des ressources de l'art, à plus forte raison devrait-on regarder

(1) *The Lancet*, 10 octobre 1857, vol. II, p. 363.

(2) Ure, *The Lancet*, 1857, vol. II, p. 419. — *Medical Times*, 1857, vol. II, p. 153. — Bazire, Observ. XI.

comme s'opposant absolument à toute tentative de résection, la perforation de cette cavité. Or, elle peut exister antérieurement à l'opération, ou même être produite par le chirurgien, dans les cas où la minceur du fond de l'acétabulum est devenue assez grande pour qu'on ait à craindre de faire pénétrer dans l'intérieur du bassin la rugine ou la gouge, ouvrant ainsi un chemin au pus jusque dans l'intérieur de la cavité pelvienne. Cependant cette perforation de la cavité cotyloïde, si redoutée comme une complication inattendue de l'opération, n'a pas arrêté quelques chirurgiens, et même dans deux cas où elle avait pu être constatée avant l'opération par M. Hancock, elle n'a pas semblé à l'opérateur une contre-indication suffisante. C'est ce que nous discuterons en parlant des indications et des contre-indications de la résection. Ce qu'il nous importe maintenant de montrer, c'est que cette grave complication n'a pas empêché la guérison.

Le malade de Textor, dont M. Sédillot (obs. I) (1) constata la guérison, avait au moment de l'opération un abcès de la fosse iliaque interne, abcès que la résection permit de vider.

Dans l'observation XXXIV, tout le fond de la cavité cotyloïde fut enlevé, de sorte que le doigt, porté facilement dans le bassin, permettait de constater l'épaississement et l'*intégrité* de l'aponévrose pelvienne, qui venait former une sorte de barrière à l'extension de la suppuration. Le malade guérit.

Obs. XXXIV. — (Hancock.) — Timothy D..., âgé de quatorze ans, affecté d'une coxalgie qui avait débuté cinq ans auparavant par une tuméfaction de l'aine.

Deux ans après, des abcès se formèrent autour de l'article, pendant trois mois il fut dans le service de M. Hancock, à Charing-Cross, et en sortit guéri en apparence; mais au bout de dix mois, une douleur intense au genou le fit entrer de nouveau à l'hôpital.

Peu de temps après, des abcès se formèrent autour de la hanche, s'ouvrant derrière le trochanter, à la partie postérieure et supérieure de la cuisse, et en dernier lieu dans l'aine. Un stylet introduit par l'orifice de ce dernier pénétrait dans le bassin. Le malade devint émacié. Épuisé par une suppuration abondante et des sueurs nocturnes, il semblait ne pouvoir vivre longtemps. Il avait de la toux, et son expectoration devint même légèrement sanguinolente. Le docteur Willshire l'examina, et ne trouva rien dans les poumons qui contre-indiquât une opération.

M. Hancock, concluant que l'abcès intra-pelvien et l'état général du malade étaient dus à la maladie de la hanche, se décida à reséquer l'extrémité supérieure du fémur et le fond de

(1) Sédillot, *loc. cit.*, t. II, p. 511. — C. J. N. Dircks, *Dissert. inaug. de resectione capitis femoris.* — Wirceb, 1846, p. 27.

l'acétabulum. Le 6 décembre 1856, il procéda à l'opération en présence de ses collègues. Il eut recours à une incision cruciale sur le grand trochanter et reséqua le fémur au-dessous de cette apophyse. Il n'y avait point de luxation.

La cavité cotyloïde communiquait par deux ouvertures avec l'abcès intra-pelvien. A l'aide d'une scie étroite et effilée, tout le fond de la cavité fut enlevé, et l'aponévrose pelvienne épaissie, exposée, laissant ainsi une route libre pour l'écoulement du pus.

Il y eut très peu d'hémorrhagie, pas une artère ne réclama de ligature. Amendement considérable aussitôt après l'opération; deux jours après, plus de sueurs nocturnes; le troisième jour, cicatrisation de l'ouverture inguinale de l'abcès. Au bout de quinze jours, il put quitter le lit, s'asseoir auprès du feu. La troisième semaine, il put marcher avec une béquille et un bâton à la main, mais à la huitième semaine, ayant voulu marcher sans béquille ni bâton, il ressentit de la douleur à la hanche; cette partie s'enflamma et un abcès s'y forma, mais en dehors du bassin. Dans peu de temps cette inflammation disparut. Le malade regagna rapidement ses forces et son embonpoint, et put faire chaque jour une promenade à pied dans le parc de Saint-James (1).

Dans un autre cas (obs. XXXVI), M. Hancock fut moins heureux: la malade, prise d'érysipèle huit jours après l'opération, mourut le soir même de l'apparition de cette grave complication.

M. Price (obs. XXXIII)) réséqua également l'acétabulum malade, et en le perforant donna issue au pus contenu dans un abcès de la fosse iliaque interne. Le malade guérit.

Obs. XXXIII. (Price.) — G. W..., garçon éminemment scrofuleux, fut reçu à l'infirmerie des enfants scrofuleux, à Margate, pendant l'été de 1859, et confié aux soins de M. Price; maigre et très affaibli, il garde le lit depuis plusieurs mois. La coxalgie droite dont il souffre depuis quatre à cinq ans, l'a réduit au dernier degré de marasme.

La région trochantérienne et le côté interne de la cuisse présentent de nombreuses fistules qui laissent échapper une abondante suppuration. La cuisse très amaigrie est croisée sur le membre sain. La jambe est fléchie sur la cuisse, l'enfant repose sur le côté gauche, le tronc se dévie en avant, et l'on ne peut, sans causer une excessive douleur, toucher même légèrement le grand trochanter. Jour et nuit la main retient le membre dans sa position, pour éviter tout mouvement douloureux; la tête paraît luxée, mais un examen attentif montre qu'il n'en est rien; le stylet ne rencontre nulle part les os à nu.

Cependant, considérant l'étendue apparente de la maladie, la continuité et le degré des douleurs, l'altération grave de la santé, et la crainte d'une terminaison fatale et prochaine, M. Price, le 29 octobre 1859, après avoir placé le malade sous l'influence du chloroforme et avoir constaté qu'il ne s'était pas trompé sur l'étendue des désordres, ouvrit l'articulation et coupa le corps du fémur, immédiatement au-dessous du grand trochanter.

Aucun vestige de cartilage ne restait sur la tête, qui était aussi creusée par la carie; l'acétabulum était nécrosé en différents endroits et contenait quelques séquestres; on le rugina vigoureusement et l'on constata la présence d'un vaste abcès dans la fosse iliaque interne. On ne

(1) *Med. Times and Gazette*, 1857, vol. Ier, p. 140, 337.

craignit pas de l'ouvrir et de donner une libre issue au pus, puis on rapprocha le fémur de l acétabulum et on appliqua une longue attelle.

Pendant peu de temps la douleur fut assez vive, mais céda aux opiacés ; la suppuration fut abondante. Après deux mois, l'enfant put être considéré comme hors de danger. La plaie s'est fermée peu à peu, la consolidation est presque complète, l'enfant s'assied sur une chaise, la santé est excellente ; on ne permet pas encore les mouvements, mais on est en droit d'espérer que la nouvelle articulation, en voie de formation, laissera au malade un membre très utile (1).

M. Jones, de Jersey (obs. XXX), rencontra aussi un cas de perforation du bassin. Ici encore le succès fut le résultat de la résection. La malade était âgée de vingt-six ans. Après qu'on eut enlevé l'extrémité supérieure du fémur, on constata que la carie s'étendait profondément dans la cavité cotyloïde. On rugina tout ce qui était malade, mais il arriva ici et tout à fait exceptionnellement ce que beaucoup de chirurgiens français voudraient regarder comme la règle, il fallut pour enlever tout le mal perforer l'acétabulum, de sorte que le doigt put pénétrer dans le bassin. Six mois après les plaies étaient guéries, et la malade pouvait se promener par la ville à l'aide d'une béquille et d'un bâton ; onze mois après l'opération elle se promenait à l'aide d'une canne seulement, et tout faisait espérer qu'elle pourrait bientôt se passer de soutien.

Sans doute il a fallu longtemps pour obtenir ce résultat, mais dans une maladie si grave et qui mettait dans le plus grand danger la vie de la malade, lui procurer avec la guérison la conservation d'un membre utile, est un bienfait que ne saurait compenser l'ennui de quatre ou cinq mois de séjour au lit.

Obs. XXX. (Jones, de Jersey.) — Jane Holloco, âgée de vingt-six ans, petite et d'une apparence délicate, fut admise à l'hôpital le 17 octobre 1853.

Vers le mois d'août elle semble avoir été saisie tout à coup, au milieu de la meilleure santé, d'une douleur très vive dans la hanche gauche, et ne put dès ce moment ni marcher, ni même se tenir debout. On eut tout de suite recours, mais sans succès, à des moyens énergiques locaux et généraux.

Jusqu'au mois de février il n'y eut aucun symptôme physique de la maladie. Les nuits étaient sans sommeil, le pouls petit et rapide, l'appétit toujours nul, la soif vive, les règles s'étaient arrêtées. A cette époque (février) les douleurs, s'il était possible, devinrent encore plus vives, et les calmants ne purent la diminuer, la pression au voisinage de la hanche la décuplait ; tous

(1) *The Lancet*, 1860, vol. II, p. 240.

les symptômes de la coxalgie apparurent avec d'effroyables eschares au sacrum. Il était évident que la constitution se détériorait rapidement, et que l'affection était arrivée à un point tel qu'elle bravait les ressources ordinaires de l'art. Je crus, ainsi que quelques confrères auxquels je présentai la malade, que la résection était la seule ressource.

Le 4 mai, l'opération fut pratiquée de la manière suivante : Une incision commencée à deux pouces au-dessus du grand trochanter fut prolongée en bas le long du fémur, dans une étendue de six pouces. De son extrémité supérieure je fis partir une autre incision semi-lunaire à convexité inférieure. Les parties molles furent alors disséquées des deux côtés de l'os, et le lambeau semi-lunaire relevé. La tête du fémur était encore dans la cavité cotyloïde.

Quand on l'enleva il s'échappa une grande quantité de matière purulente d'un mauvais aspect. L'os fut coupé avec une scie ordinaire aussi loin qu'il paraissait malade, relevé, et ses dernières attaches furent disséquées de bas en haut. L'acétabulum était dans un état de carie assez avancé. On gougea tout ce qui paraissait malade, et l'on put très facilement faire pénétrer le doigt dans le bassin.

Un large trajet purulent s'étendait le long de l'os iliaque, l'os semblait presque entièrement dénudé de ses muscles ; l'incision transverse fut alors considérablement agrandie afin de mettre les parties à découvert. Il y eut peu d'écoulement sanguin. La plaie qui paraissait énorme fut remplie de charpie mouillée. On n'employa ni bandelettes, ni bandages. Le membre fut retenu par des coussins de diverses grandeurs, on n'employa pendant tout le traitement aucune autre espèce d'appareil. Le chloroforme avait été administré.

Je ne donnerai pas les détails de l'observation, il me suffit de dire que la santé de la malade s'améliora lentement mais graduellement, elle était devenue non-seulement très faible, mais encore elle perdait, à l'époque où ses règles auraient dû paraître, une plus grande quantité de pus. On lui prescrivit un régime nourrissant, du vin, des liqueurs fermentées en assez grande quantité et des préparations de fer et de quinquina.

Etat présent. — Depuis deux mois l'amélioration a été notable et rapide. Les plaies son guéries et la santé est aussi bonne que possible. Il y a quinze jours qu'elle peut se promener par la ville à l'aide d'une béquille et d'un bâton. Aujourd'hui (21 février) elle se promène dans les salles à l'aide d'une canne seulement, et il n'est pas douteux qu'avant peu elle n'aura besoin d'aucun soutien. Depuis trois mois les règles ont reparu ; il y a à peine de difformité, le raccourcissement du membre est de près de trois pouces (1).

Dans deux cas, Nussbaum (obs. LXXV, LXXVI) put introduire les doigts dans le bassin. Les malades guérirent.

Ces guérisons remarquables, à la suite de lésions si étendues, sont loin d'être exceptionnelles. Nous verrons en traitant des résultats statistiques que le chiffre des succès est de beaucoup supérieur à celui des insuccès, alors même que la résection, au lieu de porter seulement sur l'articulation, s'est étendue au pubis, à l'ischion ou à la crête iliaque.

(1) *Medical Times*, 1857, 28 mars, vol. Ier, p. 309.

§ 5. — RÉSECTION D'UNE PARTIE DE L'OS ILIAQUE.

La hardiesse chirurgicale qui avait osé attaquer la cavité cotyloïde et la ruginer assez complétement pour déterminer même sa perforation et permettre d'introduire le doigt dans le bassin, ne devait pas s'arrêter même à cette grave opération. On crut que l'on pouvait enlever également d'autres parties de l'os iliaque affectées de carie, alors même que la résection devait ouvrir plus ou moins largement la cavité pelvienne.

Chez une petite fille de neuf ans (obs. LII), M. Sayre coupa la tête du fémur au niveau de son col, et enleva avec des cisailles la partie supérieure de l'acétabulum. *L'épine iliaque antérieure et supérieure et le bord antérieur de la crête iliaque*, cariés, furent reséqués. Six mois après la malade se promenait avec des béquilles; sept mois après l'opération, elle était tout à fait guérie; il y avait à peine un centimètre de raccourcissement. Elle pouvait élever le talon à 40 centimètres au-dessus du plan du lit, mettre la cuisse à angle droit avec le bassin, et ne souffrait pas de tractions très fortes faites sur le membre opéré.

OBS. LII. (Sayre.) — Une petite fille de neuf ans souffrait depuis dix-huit mois de coxalgie. Un abcès s'était formé et avait envahi toute la partie supérieure de la cuisse. La jambe avait deux pouces un quart de raccourcissement, elle était tournée en dedans, mais non d'une manière permanente. Elle pouvait facilement être déplacée et faisait alors entendre une forte crépitation. Le bassin était incliné en haut, la santé générale très mauvaise, pas d'appétit, sueurs très abondantes.

M. Sayre voulut ouvrir l'abcès et enlever s'il le fallait la tête du fémur. Le père qui s'y était opposé d'abord, y consentit ensuite, et l'opération fut pratiquée le 29 mars 1854.

Le docteur Sayre ouvrit l'abcès par une franche incision de six pouces sur le grand trochanter, à la partie externe de la cuisse et dans l'axe du fémur. Il enfonça le doigt autour du col, cherchant une ouverture de la capsule pour pénétrer dans l'articulation. Le bord supérieur de l'acétabulum avait disparu et la tête du fémur était dans la fosse iliaque externe, près de l'épine iliaque antérieure et supérieure entourée de sa capsule, et autour d'elle un large dépôt osseux, comme un acétabulum de nouvelle formation. M. Sayre, en luxant la cuisse en dedans, en la croisant sur celle du côté opposé, fit saillir la tête, et avec des cisailles de Luer la coupa au niveau de l'extrémité inférieure du col. En ce point, l'os parut parfaitement sain. On respecta complétement les attaches du psoas, de l'iliaque et de tous les muscles de la région pelvi-trochantérienne.

Comme la partie supérieure de l'acétabulum était absorbée et que le reste de l'os de nouvelle formation paraissait carié, M. Sayre l'enleva avec une forte cisaille tranchante, jusqu'à ce qu'il arrivât à une surface saine.

L'épine iliaque, antérieure et postérieure, à sa partie externe, et le bord externe de la crête iliaque étaient noirs et cariés à une certaine distance; on enleva tout ce qui était malade,

il y eut peu d'hémorrhagie. Quand tout eut été enlevé, on replaça la jambe dans une bonne direction, on remplit la plaie de charpie, on la recouvrit de compresses mouillées dans l'eau froide, et l'enfant fut reportée dans son lit ; on lui donna une tasse de café très fort et bientôt elle sommeilla.

L'opération dura près de vingt minutes.

Tout alla très bien. Le 5 avril, M. Sayre appliqua une attelle droite pour faire la contre-extension à l'aide du membre sain, et au moyen d'une semelle il fit l'extension jusqu'à ce que les deux membres eussent la même longueur. Malgré quelques symptômes fâcheux, tout marcha favorablement. A partir du 1er août, on plaçait à chaque pansement le corps à angle droit avec la cuisse pour prévenir l'ankylose.

Le 1er septembre, quand le bandage fut enlevé, il ne paraissait pas y avoir de tendance à la rétraction du membre. L'attelle fut réappliquée, et l'on permit la flexion du membre. Vers le milieu d'octobre elle commença à marcher avec des béquilles, et le 20 novembre elle était tout à fait guérie. En plaçant la malade horizontalement et en mesurant avec soin, on trouvait près d'un quart de pouce de raccourcissement. Quand elle était couchée, on pouvait la tirer à soi en saisissant seulement le pied du côté malade sans la faire souffrir ; sur le dos elle pouvait, la jambe étendue, élever le talon à seize pouces au-dessus du plan du lit, et le genou étant fléchi, elle pouvait mettre la cuisse à angle droit avec le bassin (1).

Sur une petite fille de treize ans (obs. XX), M. Erichsen trouva autour de la cavité cotyloïde quelques fragments osseux qu'il enleva, mais la tubérosité ischiatique était malade, le chirurgien enfonça dans le trou obturateur une des branches d'une cisaille coupante, et laissant l'autre au dehors, reséqua une partie de l'ischion. Le succès couronna cette hardie tentative. Moins de quatre mois après l'opération, la plaie était guérie, sauf une petite fistule existant à son niveau. La malade pouvait s'asseoir sur une chaise, était fort engraissée et on l'envoyait achever sa convalescence au bord de la mer.

L'existence de fistules pourrait faire douter de la guérison, mais il faut bien savoir, et cela est démontré par un grand nombre d'observations, qu'après la résection il reste fort souvent pendant un temps plus ou moins long, de petits trajets fistuleux ne permettant pas à la sonde ni au stylet d'arriver sur les os et qui se forment ultérieurement. Du reste, dans ce cas, des renseignements ultérieurs nous apprennent la guérison complète de la malade qui pouvait marcher facilement et possédait des mouvements de la hanche étendus.

Obs. XX. (Erichsen.) — Anna F..., âgée de treize ans, née à Newcastle, mais demeurant à Londres depuis six ans, fut admise à University College, le 20 janvier 1857 ; elle a l'apparence

(1) *New-York Journ. of med.*, janvier 1855.

scrofuleuse, sa peau est blanche, son intelligence active. Elle avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a seize mois elle eut une attaque de rhumatisme portant sur les quatre membres, mais plus spécialement sur la hanche gauche. Après sa guérison, elle fut quelque temps sans souffrir, puis elle se plaignit de douleur dans le genou gauche, et bientôt après dans la hanche du même côté qui se tuméfia beaucoup. Un abcès se forma, s'ouvrit, et la malade ne put marcher qu'avec des béquilles. Elle resta longtemps dans le même état, la cuisse enflée, et perdant une grande quantité de pus. Elle a pendant quelque temps pris de l'huile de foie de morue.

Lors de son admission, sa santé semblait assez bonne, la cuisse gauche est très enflée, tendue, il y a plusieurs fistules laissant échapper du pus. Le membre fléchi présente un raccourcissement de près d'un pouce, et est légèrement dans l'adduction et la rotation en dedans. La flexion de la cuisse sur l'abdomen n'est pas aussi grande qu'elle l'a été, mais le bassin est porté lui-même en avant quand le membre est dans l'extension. Depuis quelque temps, elle ne souffre aucunement de la hanche. M. Erichsen examina l'articulation avec la sonde et la trouva malade dans une grande étendue et entourée d'un épanchement plastique. On plaça le membre sur un plan incliné, et des cataplasmes sur la hanche. (Huile de foie de morue, vin ferré.)

29 janvier. — Pouls, 136 pulsations, petit et faible, joues colorées, symptômes de fièvre hectique. La quantité de suppuration évacuée chaque jour est d'environ une pinte. Sueurs nocturnes. On croit que la résection est le seul moyen de sauver la malade.

1er février. — La suppuration continue à être très abondante. Un abcès s'est formé à la partie interne de la cuisse au-dessous de la vulve. Inappétence (4 onces de vin).

3 février. — La fièvre persiste. La rotation du membre fait naître de la crépitation dans l'articulation. Le cathétérisme montre alors que la maladie osseuse est très étendue. M. Erichsen fait une incision en T, détache la tête de ses insertions musculaires et l'enlève avec une scie de Butcher. La tête de l'os a disparu en partie par l'absorption. On trouve autour de l'acétabulum quelques fragments osseux nécrosés que l'on enlève.

L'ischion est aussi malade, M. Erichsen le resèque avec des cisailles, en enfonçant une des branches de l'instrument dans le trou obturateur et plaçant l'autre au dehors. La malade est très affaiblie par l'action du chloroforme ; on lui donne un peu de cognac et d'eau. La plaie est remplie de charpie et rapprochée par quelques points de suture. Le membre est placé sur une attelle coudée.

Le 5 février. — Nuit bonne, sommeil calme, pouls 136, plus fort, quoique encore faible, appétit bon, la malade se plaint d'engourdissement dans le pied. La peau de cette partie est insensible.

12 février. — L'amélioration continue, l'abcès de la face interne du membre s'est ouvert spontanément, la suppuration de cet abcès et de la plaie est assez abondante, un peu séreuse et d'un gris jaunâtre.

21 février. — La plaie est pansée avec le red-wash, un peu de sueurs nocturnes. (Citrate de fer et quinquina trois fois par jour.)

26 février. — La plaie est réunie par des bandelettes.

2 mars. — On remplace l'attelle par une plus légère. Suppuration diminuée. Un abcès ouvert à la partie antérieure et supérieure de la cuisse le 21 février, s'est fermé spontanément après dix jours.

12 avril. — La plaie est fermée, sauf une petite fistule à son centre, permettant l'introduction d'une sonde.

10 mars. — On remplace l'attelle de bois par une sorte d'attelle de cuir, embrassant le bassin et la jambe au-dessous du genou.

15 mai. — On retire de la plaie une petite écaille osseuse semi-circulaire que l'on suppose venir de la surface de section du fémur.

16 mai. — La malade se lève pour la première fois, mais la jambe saine était encore trop faible pour supporter le poids du corps; l'opérée s'assied sur une chaise.

20 mai. — Elle quitta l'hôpital pour retourner chez elle, avant d'aller à Margate. La fistule du côté opéré subsiste encore, et permet l'introduction d'une sonde à une certaine profondeur. Il n'y a que très peu de suppuration. La santé générale est bonne, elle a fort engraissé depuis le dernier mois, elle est maintenant tout à fait forte (1).

Je la vis il y a quelques mois, le membre était droit, raccourci de deux pouces. Les mouvements de la hanche étaient assez étendus et elle pouvait marcher facilement (2).

Dans l'observation XXV, la malade, âgée de six ans, présentait outre la tumeur blanche, une dénudation de la branche horizontale du pubis qui fut ruginée, ainsi que la cavité cotyloïde. La tête du fémur fut coupée au-dessous du petit trochanter. Trois mois après, la plaie était guérie sauf une petite fistule, mais des palpitations qui faisaient souffrir la petite malade engagèrent à ausculter le cœur. On trouva les signes stéthoscopiques d'un rétrécissement valvulaire, et quoique cela ne soit pas indiqué dans l'observation, tout nous porte à croire à une terminaison funeste de l'affection cardiaque, car un mois après, *malgré la guérison à peu près complète* de la plaie, la malade était dans une position précaire.

Obs. XXV. (Bowman.) — Ellen S..., âgée de six ans, fut admise le 17 juin pour une coxalgie du côté droit. Le membre droit était d'un pouce et quart plus court que le gauche, fléchi sur le bassin et incliné sur l'autre. Le pli fessier est effacé et la hanche uniformément arrondie. Derrière le grand trochanter existaient deux ou trois petites ouvertures donnant passage à du pus. *Le fémur ne peut en aucune manière être mu sur le bassin.*

26 juin. — M. Bowman enlève la tête du fémur en agrandissant les ouvertures déjà existantes et en la luxant de force, ce qui permet de porter la scie juste au-dessous du grand trochanter. La tête fémorale avait perdu les deux tiers de sa substance. La cavité cotyloïde exposée, fut trouvée malade et la superficie fut ruginée. Le doigt put se porter en avant de l'acétabulum jusque sur la branche horizontale du publis, qui fut trouvée dénudée et que l'on rugina. Le membre ne pouvant facilement être mis en position convenable, on fit une deuxième section au-dessous du petit trochanter.

Après l'opération la malade fut placée sur le Heath swing. Elle n'éprouva aucune douleur. Le 20, la plaie a diminué d'étendue et marche vers la guérison. Le membre est dans une bonne position.

17 août. — La plaie est tout à fait guérie, excepté une petite fistule au centre.

11 septembre. — La malade souffre beaucoup de palpitations et de dyspnée; on examine le cœur et l'on trouve un rétrécissement de l'orifice mitral.

(1) *The Lancet*, 1857, vol. II, p. 89.

(2) *British medical Journal*, 12 mai 1860.

10 octobre. — Depuis cette période la malade a été en s'affaiblissant, et aujourd'hui elle est dans une position précaire. La plaie est guérie, sauf toutefois la fistule qui persiste (1).

§ 6. — De l'hémorrhagie.

L'articulation de la hanche est, comme celle de l'épaule, recouverte par une épaisseur notable de parties molles, il semble donc difficile d'arriver jusqu'à elle, impossible de le faire sans ouvrir une assez grande quantité de vaisseaux et sans s'exposer au danger d'une hémorrhagie difficile à arrêter. Nous venons, en parlant de l'opération, de voir qu'il est très facile, par la partie postérieure, d'arriver sur la tête du fémur, d'autant plus que la luxation spontanée s'est déjà effectuée presque toutes les fois qu'il y a indications suffisantes pour autoriser la résection, mais alors même que la luxation n'existe pas, la tête est facilement accessible et une ouverture faite à la capsule dans sa partie postérieure permet de luxer facilement le fémur.

Quant au danger de l'hémorrhagie si redouté par des considérations à priori, il me suffira de dire que, dans la grande majorité des cas, aucune ligature, même d'artériole, n'a été nécessaire ; il est facile de s'en convaincre par la lecture des observations rapportées dans ce travail. Dans deux cas seulement, sur les résections dont l'histoire nous est parvenue, une hémorrhagie se manifesta.

Dans l'observation de Roux (obs. XII), le malade reporté dans son lit perdit 300 grammes de sang, mais l'écoulement fut facilement arrêté par le tamponnement et une légère compression.

Dans l'observation LIX (2), une abondante hémorrhagie se montra le soir de l'opération et le malade mourut avant même l'arrivée du chirurgien. L'artère et la veine fémorale étaient isolées et disséquées par un abcès antérieur à la résection ; l'autopsie montra que l'écoulement sanguin s'était fait par une petite ulcération, existant sur la veine crurale, à l'embouchure de la veine fémorale profonde ; il serait difficile de l'attribuer à l'opération.

Du reste, l'anatomie de la région explique suffisamment l'absence de l'hémorrhagie.

(1) *The Lancet*, 1857, vol. II, p. 362. — *Med. Times*, 1857, vol. II, p. 421.
(2) Walton, *The Lancet*, 1852, vol. II, p. 144.

L'incision étant faite à la partie postérieure n'intéresse que les muscles fessiers aux environs de leurs attaches au fémur, et l'on ne rencontre à ce niveau que des branches insignifiantes des artères fessières et ischiatiques, il faudrait, pour intéresser le tronc même de ces vaisseaux, se porter beaucoup plus en arrière, ce qui serait d'abord sans utilité et ce que l'on ne pourrait faire sans s'exposer à blesser en même temps le nerf sciatique.

§ 7. — De l'état du membre après la guérison.

La résection ne laisse après elle qu'un membre trop court, ankylosé ou trop mobile et par cela même inutile. — Cette objection n'est pas plus fondée que les précédentes. La résection de l'articulation coxo-fémorale dans les cas de tumeur blanche a surtout pour but de sauver la vie du malade; si donc, nous démontrons qu'elle atteint plus facilement ce but que la désarticulation de la cuisse ou l'expectation, notre tâche pourra être considérée comme remplie. Mais nous allons montrer avec les faits, que la résection laisse après elle un membre utile. Il ne faut pas juger absolument les résultats qu'elle procure, il faut les apprécier comparativement. Qu'il me soit donc permis encore une fois de le répéter, la résection n'est pas applicable à tous les cas même graves de coxalgie; ce n'est pas une opération d'élection, c'est une opération de nécessité; ce n'est pas une ressource ordinaire, ce n'est qu'un moyen exceptionnel de guérison. On ne comparera pas au point de vue de la facilité subséquente de la marche la résection avec la désarticulation.

Un malade privé en totalité d'un de ses membres inférieurs est voué pour toujours à l'emploi des béquilles. D'ailleurs, ici, la question de mortalité domine toutes les autres et elle est résolue en faveur de la résection.

Mais si dans les cas où l'on est tenté de faire la résection, on s'est abstenu, en s'aidant toutefois de toutes les ressources thérapeutiques que possède l'art chirurgical, et si alors, le succès a couronné les efforts du chirurgien, quel est le résultat final, au point de vue de la déambulation? Le membre presque toujours fléchi sur le bassin, croisé plus ou moins sur la cuisse saine, raccourci par la luxation, immobilisé par l'ankylose, ne rend aucun service au malade; ainsi que dans les cas de

désarticulation, la marche ne sera plus possible qu'à l'aide de deux béquilles. Quelquefois cependant des essais ultérieurs de réduction viennent rendre au membre sa longueur primitive ; mais, jusqu'à présent, malgré les efforts de Bonnet et quelques heureux exemples, ces tentatives sont généralement repoussées. Les succès dans ces circonstances ont été très exceptionnels, les accidents fréquents, les insuccès ordinaires et les dangers constants.

Quels sont les résultats qu'a fournis la résection? Voici ce que White nous apprend de son opéré :

« Un an après la résection, il pouvait marcher sans béquilles, avec » un étrier élevé. Enfin j'acquis la certitude qu'une nouvelle et utile » articulation s'était formée; l'enfant pouvait *faire aisément à pied* » *plusieurs milles sans béquilles ni canne.* Tous les mouvements » étaient possibles à un haut degré, excepté la rotation et l'abduction » directe. »

Le malade de White a été suivi pendant six ans; un autre de M. Fergusson a été revu huit ans après par M. Henry Price. « C'est un » beau, fort et vigoureux garçon de vingt et un ans, pouvant travailler » beaucoup, *faire à pied* 20 *milles* (32 kilomètres) et jouissant de la » meilleure santé (1). » On avait enlevé chez ce jeune homme 11 centimètres du fémur. (Obs. XIII.)

Quel malade affecté de coxalgie avec carie et luxation du fémur et guéri par l'expectation pourrait présenter un tel résultat, faire 8 lieues à pied, même en s'aidant d'une canne?

L'observation XIV de M. Fergusson (Élisabeth V....) se termine ainsi : « Elle peut mettre les orteils sur le sol et faire reposer sur eux à un » certain degré tout le poids du corps. La plaie est guérie complé- » tement et solidement, les mouvements se sont rétablis d'une manière » remarquable, la flexion et l'extension sont presque complètes. Le » membre s'est redressé et allongé. On permet à la malade de rester » quelques semaines à l'hôpital, et le 22 mars, on l'envoie à la campa- » gne en excellente santé (2). »

Obs. L. — Un malade de dix-huit ans, opéré par M. Morris, se rétablit rapidement. Un

(1) *The Lancet*, 1848, p. 414. — *Med. Times and Gaz.*, 1852, vol. II, p. 564.
(2) *The Lancet*, 1849, vol. Ier, p. 360.

an après l'opération, la plaie était complétement guérie, et au lieu d'un membre immobile et contracturé, il avait une jambe forte, solide, et parfaitement mobile dans son articulation (1).

Obs. LIII. — R. B..., âgé de dix-sept ans. Quatre mois après l'opération, il se promenait à l'aide de béquilles ; le huitième mois, il s'était formé une excellente fausse articulation, avec conservation d'une grande mobilité de la hanche. Il pouvait faire à pied 3 milles (4 kilomètres) (2).

Obs. LIV. — Timothy D..., quatorze ans. Trois semaines après l'opération, il peut marcher avec une béquille et un bâton à la main ; mais à la huitième semaine, ayant voulu marcher sans béquille, ni bâton, il ressentit de la douleur à la hanche ; cette partie s'enflamma et un abcès s'y forma, mais en dehors du bassin. Dans peu de temps, cette inflammation disparut ; il regagna rapidement ses forces et son embonpoint, et put faire chaque jour une promenade à pied dans le parc de Saint-James (3).

Obs. XIX. — William W..., âgé de sept ans et demi, opéré par M. Erichsen, de la résection complète de l'articulation, pouvait marcher sans béquilles, avec un soulier à haut talon (4).

Obs. XX. — Anna Fallofield, âgée de treize ans. M. Erichsen reséqua la tête du fémur, l'acétabulum, la branche du pubis, la tubérosité de l'ischion, une partie de la crête iliaque. La malade guérit en quelques mois. Cet éminent chirurgien eut trois mois après l'occasion de revoir sa malade ; elle marchait avec facilité, le membre était droit et mobile sur le bassin (5).

Obs. XXIV. — Charles B..., onze ans, opéré par M. Bowman. Avec un soulier à haut talon, mais sans béquilles, il peut marcher et faire reposer tout le poids du corps sur le membre opéré (6).

Obs. XXIX. — Jane Burton, treute-deux ans. Elle se promène depuis deux mois dans les jardins de l'hôpital, avec un soulier à haut talon et une seule béquille. Elle s'est promenée plusieurs fois dans les salles à l'aide d'une canne seulement, et a pu faire quelques pas sans aucune espèce de soutien. Elle peut faire reposer tout le poids du corps sur le membre opéré, qu'elle porte sans douleur en avant et en arrière (7).

Obs. XXX. — Jane Halloco, vingt-six ans. La cavité cotyloïde avait été enlevée, et l'opérateur, M. Jones (de Jersey), avait pu introduire le doigt dans le bassin. Six mois après, elle se promenait avec une canne seulement, il y avait à peine de difformité, bien que le raccourcissement fût de 8 centimètres (8).

Obs. XLVII. — William P..., âgé de six ans. Deux mois après l'opération, l'enfant pouvait faire porter tout le poids du corps sur la jambe opérée et se promener autour de son lit. Le membre est tout à fait droit, les mouvements sont satisfaisants, et le malade n'a besoin pour marcher que d'un soulier à haut talon (9).

Obs. XVII. — Henri Dobson, âgé de sept ans. J'ai vu opérer ce petit malade par M. Fergusson, le 14 août 1858. Avant de quitter Londres, j'ai pu, moins de trois mois après, le faire

(1) *The Lancet*, 1852, vol. II, p. 144.

(2) *The Lancet*, 1856, vol. II, p. 430. — *Med. Times*, 1856, vol. II, p. 395-603.

(3) *Med. Times and Gaz.*, 1857, vol. Ier, p. 140-337.

(4) *The Lancet*, 1857, t. Ier, p. 310 ; t. II, p. 363. — *Med. Times and Gaz.*, 1857, t. Ier, p. 35 ; t. II, p. 421.

(5) *The Lancet*, 1857, vol. II, p. 89. — *British med. Journ.*, mai 1860, p. 353.

(6) *The Lancet*, 1857, vol. II, p. 341. — *Med. Times and Gaz.*, 1857, vol. II, p. 421.

(7) *Med. Times and Gaz.*, 1852, vol. II, p. 485.

(8) *Med. Times*, 1857, vol. Ier, p. 309.

(9) *The Lancet*, 1857, vol. II, p. 84-263. — *Med. Times and Gaz.*, 1857, vol. II, p. 398

marcher dans les salles pieds nus et sans l'aide d'aucun soutien. Il y a peu de raccourcissement, les mouvements sont faciles, sauf l'abduction du membre. Le succès est des plus remarquables (1).

Il serait inutile de citer un plus grand nombre d'exemples, ceux que je viens de rapporter doivent suffire pour montrer que l'objection tirée de l'inutilité du membre après la résection de la hanche n'est pas fondée. Je crois toutefois intéressant de rapporter en détail les observations suivantes.

Obs. XIII. (Fergusson.) — John Clark, âgé de quatorze ans, souffrait depuis quelques mois d'une maladie de la hanche, il avait été renvoyé comme incurable d'un des plus grands hôpitaux de Londres. La maladie avait fait de tels ravages sur sa constitution qu'il devait évidemment mourir, si l'on n'apportait pas, par quelque opération, un remède à sa maladie. Les symptômes locaux pouvaient de plus permettre d'espérer un résultat heureux.

La tête du fémur était luxée en arrière, et l'on pouvait la sentir parfaitement à travers les parties molles. Une large ouverture existait au niveau du grand trochanter, et permettait d'introduire le doigt et de le promener autour de l'extrémité articulaire du fémur. Quelques petites fistules existaient en outre autour de ce large orifice, mais on ne pouvait affirmer si elles communiquaient ou non avec l'os malade, ou par quelque trajet sinueux avec le bassin. La tête de l'os paraissait à M. Fergusson être placée comme un corps étranger au milieu des parties molles de la hanche et causer ainsi une forte inflammation. Une opération fut décidée.

Une incision longue de six pouces (15 centimètres) fut faite à travers la peau et les autres tissus au niveau du grand trochanter. Elle permit de mettre à nu la partie de l'os que M. Fergusson avait résolu d'enlever. La tête, le col et le grand trochanter furent isolés et amenés au dehors de la plaie, en croisant la cuisse sur celle de l'autre côté, une scie ordinaire permit d'enlever facilement quatre pouces et demi du fémur (11 centimètres). Aucun symptôme fâcheux ne fut observé et le résultat fut très satisfaisant (2).

Trois ans plus tard, en 1848, M. Smith dit :

J'ai vu le malade opéré par M. Fergusson, il y a trois ans. C'est un gros, gras et fort garçon, capable, avec son soulier à haut talon et sa béquille, de se promener à de longues distances. Les mouvements de la fausse articulation sont libres, le membre est fort, bien développé ; il existe à l'endroit de la plaie faite par l'opération une bonne et ferme cicatrice.

Huit ans après l'opération, en 1852, M. Price nous dit (3) :

J'eus l'occasion de voir le nommé John Clark, auquel M. Fergusson fit la résection de la hanche à King's-College hospital en mars 1846, il y a maintenant près de huit ans. C'est maintenant un beau, fort et vigoureux garçon de vingt et un ans, pouvant travailler beaucoup, faire

(1) Notes particulières.
(2) *The Lancet*, 1849, p. 362.
(3) *Med. Times and Gaz.*, 1852, vol. II, p. 564.

à pied 20 milles (32 kilomètres) et jouissant de la meilleure santé. Je le fis se déshabiller et se tenir debout dans la chambre sans soutien d'aucune sorte. Le membre opéré est en ligne droite avec le corps, mais dans une très légère rotation en dehors. Les orteils s'appuient solidement sur le sol, et en mesurant la distance qui sépare le centre du talon du sol on ne trouve que quatre pouces et demi de raccourcissement. La circonférence de la cuisse, juste à sa partie moyenne, est de seize pouces, celle du côté sain est de dix-neuf pouces. La cicatrice qui est linéaire est solide, et l'on peut, vers son centre, sentir l'extrémité de l'os quelque peu arrondie et jouant facilement sur l'os iliaque dans les mouvements du membre.

En faisant asseoir le malade sur une chaise, je constate qu'il peut plier également les deux cuisses sur le bassin avec la même facilité, les mouvements de rotation et d'extension sont très considérables; il y a de plus ce qui manquait dans d'autres observations, un peu de mouvement possible d'abduction. Ce jeune homme est venu de très loin chez moi, s'aidant seulement d'une canne. Il porte un soulier à haut talon, et comme le membre sain est légèrement fléchi dans son articulation du genou, John Clark boite à peine.

Obs. LIII. (Shaw.) — R... B..., garçon de dix-sept ans, fut admis salle Forbes, Middlesex hospital, le 27 août 1855. Sa santé avait toujours été bonne, lorsqu'il y a six semaines il fut saisi de douleurs dans les articulations des membres inférieurs, précédées de frisson et accompagnées d'une fièvre intense. Les genoux enflèrent et l'attaque eut évidemment tous les caractères du rhumatisme. La douleur diminua après la première semaine, à l'exception de celle qui existait à la hanche droite; celle-ci augmenta au contraire, le gonflement devint plus apparent et les symptômes allèrent en s'aggravant. Quand il entra à l'hôpital, la douleur et le gonflement des autres jointures avaient tout à fait disparu. La hanche droite et les parties environnantes étaient très enflées, l'articulation elle-même était roide, la douleur et la sensibilité très grandes. Il reposait, la cuisse en partie fléchie sur le bassin, croisant le membre opposé. Après son admission, le gonflement augmenta lentement, la fluctuation devint distincte, et deux mois après, un abcès s'ouvrit spontanément, suivi d'un libre écoulement de pus. Après trois semaines cependant il diminua de quantité, la douleur diminua et la santé générale commença à s'améliorer. A la fin de novembre il put marcher à l'aide de béquilles, et ne présentant que peu de symptômes constitutionnels. Le membre était cependant raccourci de plus de quatre pouces et il n'y avait pas de mobilité dans la hanche.

Au commencement de janvier la douleur reparut tout à coup, il reprit le lit, et pendant quelques semaines son état alla en s'aggravant.

A la fin de février la plaie avait augmenté, au point d'avoir la largeur de la paume de la main et l'os faisait saillie à travers elle. M. Shaw enleva, le 28 février 1856, la tête de l'os qui fut facilement séparée du bassin. La cavité cotyloïde fut trouvée unie et plus dure que d'habitude. Les parties molles environnantes n'étaient pas aussi infiltrées de pus que dans les cas ordinaires de carie scrofuleuse.

Après l'opération le genou fut élevé sur des oreillers, et l'on n'employa aucune attelle. Six semaines après l'opération on commença à pratiquer l'extension au moyen d'un poids attaché au pied, et pendant hors du lit une ou deux heures par jour. La plaie guérit bien, et en mai il put promener à l'aide de béquilles. Il quitta l'hôpital en bonne santé le 12 juin. Une petite fistule restait encore, elle se guérit, puis se rouvrit, ne donnant qu'une quantité insignifiante de suppuration. Le malade peut maintenant (11 octobre) faire 3 milles à la fois; il a une excellente fausse articulation, avec conservation d'une grande mobilité dans la hanche (1).

(1) *The Lancet*, 1856, vol. II, p. 430. — *Med. Times*, 1856, vol. II, p. 395-603.

Obs. XXIX. (Jones, de Jersey.) — Jane Burton, âgée de trente-deux ans, non mariée, yeux et cheveux bruns, de taille moyenne, ayant de la tendance à la corpulence, fut admise à l'hôpital de Jersey, le 27 février 1850, pour une coxalgie du côté gauche. Elle nous donna sur son état antérieur les renseignements suivants :

En mai 1833 elle habitait Bodmin, lorsqu'en se promenant elle heurta du pied contre une pierre et tomba avec la plus grande violence sur le côté gauche. Elle put, grâce à l'assistance d'un voisin, regagner en boitant sa demeure. En quelques heures la hanche devint très enflée, et les mouvements quoique possibles étaient très douloureux. Elle garda le lit pendant une semaine, après quoi elle put marcher quoiqu'en boitant, et depuis cette époque elle éprouva chaque jour des douleurs dans la jointure. Pendant une année elle ne fit aucun traitement, mais après ce temps, la douleur devint si forte, qu'elle se soumit deux fois à un traitement qui consista en sangsues, cataplasmes et l'application de diverses pommades, mais avec peu de succès.

Lorsqu'elle vint à Jersey, il y a douze ans, elle ne pouvait marcher sans béquilles, elle consulta médecins et charlatans. Il y a dix ans, un abcès se forma et s'ouvrit à quatre pouces au-dessous du trochanter ; la suppuration parfois profuse, diminuait et semblait prête à cesser pour reparaître bientôt plus abondante que jamais. Il y a sept ans, le membre devint plus court, se tourna même légèrement en dehors, et elle dut porter un soulier à haut talon. Depuis son entrée à l'hôpital jusqu'au jour de la résection, on eut recours à un grand nombre de moyens, tant locaux que généraux, dont l'énumération serait inutile. Il me suffit de dire que tout ceux généralement employés dans les affections de cette nature, furent mis en usage.

Les règles qui étaient apparues à l'âge de vingt-cinq ans, furent régulières dans les derniers six mois. A un certain moment il parut même y avoir de l'amélioration dans les symptômes, et pour quelque temps je crus qu'il pourrait y avoir avantage à pratiquer une franche et longue incision, depuis environ deux pouces et demi au-dessous du grand trochanter jusqu'au corps du fémur. En la pratiquant, j'avais en vue d'ouvrir la fistule la plus large, fistule que je croyais aboutir à la tête de l'os, quoique la sonde ne pût arriver jusqu'à elle. L'incision faite, on en écarta les lèvres avec de la charpie et on ne la laissa se guérir que de la profondeur à la superficie.

Pendant un instant je crus au succès, mais cet espoir fut de courte durée. Bientôt il se forma de nouveaux abcès, et de nouvelles fistules s'irradièrent dans toutes les directions. La suppuration sanieuse et séreuse coulait en abondance à la moindre pression. Un mois avant la résection les symptômes généraux acquirent une gravité qu'ils n'avaient pas eu jusqu'alors. Les calmants qui produisaient jadis du soulagement, semblaient maintenant sans effet. L'appétit avait presque entièrement disparu, et la petite quantité d'aliments qu'elle prenait produisait des nausées et quelquefois des vomissements. La langue était couverte d'un épais enduit brunâtre, le pouls était fréquent, et il était évident que la mort devait être bientôt le résultat de cette aggravation de l'état général.

Dans ces circonstances, il est évident qu'il n'y avait à choisir qu'entre deux partis : ou continuer un traitement général et local qui n'avait produit aucun résultat avantageux, ou essayer d'enlever la cause même de la maladie qui menaçait rapidement l'existence même de la malade. C'est à ce dernier parti que l'on s'arrêta dans une consultation tenue à ce sujet, et on se décida à la résection de la tête du fémur.

La position du membre, lors de l'opération, était la même que celle qu'il occupait depuis plusieurs mois. Les cuisses n'étaient ni plus saillantes, ni aplaties, et je ne pus savoir, d'après le récit quelque peu obscur qu'elle me fit de ses antécédents, si l'apparence que présentait la région était normale ou récente. Au contraire, la position du membre qui était dans l'abduction, semi-fléchi, raccourci, et dont le talon reposait sur les métacarpiens de l'autre pied, me

montrait jusqu'à l'évidence que le fémur n'était pas dans sa position normale. Il fut impossible par la palpation de découvrir sa situation précise à cause de l'épaisseur des parties, peut-être aussi à cause d'un examen volontairement insuffisant, de peur d'augmenter les souffrances de la malade par un examen qui paraissait inutile.

A aucune époque de la maladie elle ne se plaignit de douleur dans le genou, symptôme qui, dans la majorité des cas, est si caractéristique de la coxalgie. Elle rapportait invariablement la douleur à la hanche, et désignait plus spécialement la partie supérieure du corps du fémur. Le plus léger mouvement imprimé au membre occasionnait d'horribles douleurs, et elle pouvait à peine supporter une pression sur la hanche. Ajoutons à cela qu'il existait un large ulcère, de forme ovale (cinq pouces de longueur, plus de trois pouces de largeur), commençant au-dessous du trochanter, s'accroissant avec rapidité et laissant constamment échapper une grande quantité de pus séreux.

L'opération fut faite le 19 février. La malade, endormie difficilement par le chloroforme, fut couchée sur le côté droit afin de faire saillir la hanche. Une large incision semi-lunaire de huit pouces de longueur, passant au milieu de l'ulcère, fut faite depuis le corps du fémur jusqu'au grand trochanter.

Il fallut couper une grande épaisseur de parties avant d'arriver jusqu'à l'os, leur état d'induration rendit l'opération très pénible. Afin de la faciliter le plus possible, les parties ulcérées, plus profondément malades qu'on ne l'aurait cru et qui se seraient évidemment mortifiées, furent enlevées, afin de laisser les deux lèvres de la plaie débarrassées le plus possible de tissus malades. Pendant cette partie de l'opération, il s'écoula de différents côtés une grande quantité de pus mal lié. On put alors s'assurer que la tête du fémur était dans la fosse iliaque externe ; le doigt ne pouvait la contourner, mais on put cependant voir qu'elle était cariée et dépouillée de cartilage.

Toute l'extrémité du fémur était tellement enveloppée dans un réseau de tissus de nature presque fibreuse, que le croisement du membre sur la cuisse saine, quoique l'on eût déjà disséqué soigneusement le col et le grand trochanter, ne put faire saillir la tête de l'os.

Le corps du fémur fut alors scié, puis élevé, pendant que par la dissection on le détachait de bas en haut des parties sous-jacentes. On eut les plus grandes difficultés à dégager la tête, car bien que la partie sciée fût relevée presque jusqu'à toucher l'abdomen, il fallut pour la dégager se servir du doigt et d'un long bistouri. On ne put sentir l'acétabulum dont il ne restait aucun vestige ; l'hémorrhagie fut peu considérable, aucun vaisseau n'exigea de ligature ni de torsion.

Comme je l'attendais, l'opération fut à la fois longue et pénible, surtout par suite de la difficulté de détacher la partie de l'os scié, peut-être aussi parce que je ne fis pas une autre incision à angle droit avec la première, ce qui, j'en suis certain, m'eût fort facilité l'opération.

Avant d'appliquer aucun appareil, on reporta la malade dans son lit, et elle fut quelque temps avant de reprendre sa connaissance. Le pouls était alors si faible et si tremblotant, qu'il pouvait à peine être senti, et la douleur surtout au genou si vive, qu'il parut préférable de faire prendre au membre une position moins droite et de le ramener à la position semi-fléchie qu'il avait gardée si longtemps, position qui causait le moins de douleur possible. Aussi ne se servit-on d'aucune attelle, la jambe et la cuisse furent retenues par des coussins de son de grandeurs diverses. Deux bandelettes de taffetas adhésif furent appliquées, plutôt pour soutenir que pour réunir les lèvres de la plaie, qui fut couverte de compresses trempées dans l'eau froide.

Soir. — La malade a presque constamment vomi depuis l'opération. Les douleurs sont vives et continuelles, le pouls est à 130, très faible. Soif vive. Le pied et la jambe opérés sont froids ; des vases remplis d'eau chaude sont appliqués sur le côté des membres inférieurs. — Teinture

d'opium, 35 grains dans de l'eau et de l'eau-de vie chaude à prendre par petites quantités, toutes les deux ou trois heures.

20 février. — La nuit a été très mauvaise ; l'estomac n'a pu rien retenir ; les traits sont tirés et respirent l'anxiété ; pouls comme la veille, douleurs vives dans le genou, extrémités plus chaudes. Beaucoup de chaleur autour de la plaie. — Continuation des pansements à l'eau froide, potion saline à l'état d'effervescence toutes les trois heures.

Soir. — Aucune amélioration dans les symptômes ; vomissements continuels, langue brunâtre tendant à se sécher ; urine en petite quantité, très foncée en couleur ; soif très vive. — Cataplasme sinapisé à l'épigastre et acide prussique iij gouttes immédiatement, et moitié toutes les trois heures jusqu'à cessation des vomissements.

21 février. — Nuit mauvaise, à peine un quart d'heure de repos sans nausées ou vomissements : pouls faible, à 130 ; langue chargée, traits tirés ; pas de selles depuis l'opération, crampes très vives dans le genou ; les bandelettes se sont détachées, la plaie est très douloureuse, son aspect est mauvais. — Lavement apéritif, vésicatoire à l'épigastre, cataplasme sur la cuisse ; une goutte de créosote toutes les trois heures, boisson à la glace, fragments de glace à faire fondre constamment dans la bouche.

Soir. — Le lavement a fait un peu d'effet, douleurs vives causées par le vésicatoire, soif vive, chaleur à la gorge, toujours des vomissements.

℞. Infus. de roses, vj ℥ onces ; mag. sulph, i gros ; ac. prussique, viij gr. — Une cuillerée à dessert chaque heure.

22 février. — Les nausées et les vomissements quand ils se montrent sont toujours aussi marqués, mais ils reviennent plus rarement ; la malade a dormi environ une heure et demie ; elle se sent très faible. Pouls comme la veille ; la plaie prend un aspect gangréneux. — Continuation de la potion ; un verre de champagne de temps en temps.

Soir. — Les vomissements ont continué. *La malade a bu une demi-bouteille de champagne.* Pouls 120, plus plein.

23 février. — Un peu de sommeil, sensation de brûlure à la gorge toujours aussi vive, vomissements beaucoup moins fréquents, elle a conservé dans l'estomac *une demi-pinte de genièvre* chaud et d'eau pris en différentes fois ; les traits expriment moins d'anxiété, une selle naturelle, douleur vive dans la région des reins. La plaie ne s'améliore pas. — Charpie imbibée de partie égale d'alcool et de jus de citron.

Soir. — Pas d'aggravation, cinq à six vomissements seulement. La malade a conservé une partie de sa potion et du fort thé de bœuf donné en petite quantité.

24 février. — Un peu de sommeil, douleur dans toute la partie inférieure du côté opéré ; rougeur érysipélateuse sur les bords de la plaie, un peu d'œdème de la jambe, langue brune, moins chargée. — De la charpie imprégnée d'un mélange de levûre fraîche et de charbon de bois est appliquée sur la plaie.

Soir. — Pas de changement, la rougeur érysipélateuse n'a pas augmenté. Pouls encore très faible.

25 février. — L'estomac semble supporter assez bien le genièvre et l'eau, ainsi que le thé de bœuf. Une heure de sommeil. Pouls à 120, plus fort qu'il n'a encore été depuis l'opération ; langue plus claire. L'aspect de la plaie est beaucoup plus satisfaisant ; quelques eschares se détachent avec le pansement. — Même pansement. Porter sur la demande de la malade.

26 février. — La plus grande partie du porter bu hier a été gardée, ainsi qu'un œuf à la coque. Un peu plus de sommeil, pouls plus fort, langue moite, température du corps normale, plaie moins douloureuse et d'un meilleur aspect, quelques granulations de bonne nature se montrent par places. Pas d'apparence d'érysipèle. — On applique trois bandelettes agglutinatives pour soutenir et pour rapprocher un peu les lèvres de la plaie.

31 mars. — Comme une observation détaillée n'offrirait aucun intérêt, je dirai seulement que depuis le 26 février, l'amélioration, quoique lente, a été continue. L'estomac a de temps en temps été très susceptible, la malade a pris en général les aliments qui lui ont plu. Le pouls en même temps qu'il gagnait en force est peu à peu descendu au-dessous de 100. Le pansement au charbon et à la levûre a été continué cinq jours. La plaie a pris un bon aspect, la suppuration est beaucoup moins abondante. La malade prend toutes les vingt-quatre heures une bouteille de porter et une de porto.

10 mai. — Amélioration notable dans l'appétit et l'état général, cependant il y a toujours peu de sommeil. Les règles ont reparu pour la première fois depuis huit mois. La plaie est en partie cicatrisée; il y a encore quatre à cinq fistules, mais la suppuration est peu abondante.

1er juin. — La malade a quitté le lit pour la première fois, et reste deux heures sur une chaise longue.

6 octobre. — Aucun symptôme fâcheux n'est survenu depuis le 1er juin; la malade qui d'abord ne se levait qu'un instant tous les deux ou trois jours, a quitté le lit pour la journée. A l'exception d'un petit point qui suppure encore, la plaie est solidement cicatrisée. La surface suppurante, large comme un petit pois, répond à la dernière fistule qui subsiste encore, fistule qui se comble peu à peu et ne donne que trois ou quatre gouttes de pus par vingt-quatre heures. La pression sur la hanche n'est pas douloureuse, les membres sont de même grosseur; la malade, plus forte que jamais, a de la tendance à la corpulence. Elle se promène depuis deux mois dans les jardins de l'hôpital, avec un soulier à haut talon et une seule béquille qu'elle porte du côté opposé à la résection. Elle s'est promenée plusieurs fois dans les salles avec l'aide d'une canne seulement, et a pu faire quelques pas sans aucune espèce de soutien. Quand elle est couchée, elle peut soulever le membre de dessus le plan du lit; quand elle est debout, elle se porte en avant et en arrière, et peut faire reposer sur lui tout le poids du corps. Elle peut croiser les jambes l'une sur l'autre (1).

Obs. XVII. (Fergusson.) — Henri Dobson, âgé de sept ans. Quelques années auparavant cet enfant avait été affecté d'une coxalgie du côté gauche ayant duré deux ou trois ans, en s'accompagnant de nombreux abcès, ouverts à l'extérieur par un grand nombre de fistules, mais depuis cette époque les fistules s'étaient fermées, ce qui permettait de croire à la guérison de la coxalgie. Cependant l'ankylose s'était produite dans la flexion à angle presque droit sur le bassin, et dans une adduction telle qu'elle croisait la cuisse opposée. Le membre était non-seulement inutile, mais encore nuisible, car il s'opposait à la marche; aussi, lorsque M. Fergusson, à la fin de 1857, vit ce malade, il crut devoir proposer la résection, bien que la maladie articulaire pût être considérée comme presque guérie. Les parents s'y refusèrent, mais la santé de l'enfant devenant de jour en jour plus mauvaise, ils vinrent demander l'opération qu'ils avaient d'abord refusée.

Le 14 août 1858, M. Fergusson fit en arrière du trochanter une incision de 20 centimètres environ, un peu oblique de haut en bas et de dehors en dedans, comprenant les attaches du grand fessier. Cette incision le mena facilement sur la tête qui était en partie disparue par la maladie, et qui se trouvait placée devant la cavité cotyloïde exempte en apparence de maladie, mais paraissant remplie de tissus de nouvelle formation. La plaie fut réunie par la suture enchevillée, et le membre placé dans la rectitude sur une attelle interrompue (2).

Je revis ce malade, à la résection duquel j'avais assisté, quelques

(1) Jones, *Med. Times and Gaz.*, 1852, t. II, p. 485.

(2) *The Lancet*, 1858, t. II, p. 232.

jours après l'opération ; il avait eu peu de fièvre traumatique. Le 2 septembre, sa santé ne paraissait pas avoir souffert d'une aussi grave opération, il semblait même reprendre déjà un peu de forces. La cuisse ne présente en avant aucune déformation indiquant l'absence de la tête du fémur, bien que cet os ait été scié sur le grand trochanter. Sur les côtés, la saillie de la hanche est conservée presque comme à l'état normal, mais en arrière la saillie de la fesse est remplacée par une dépression à l'endroit qui correspondait au grand trochanter. Au fond de la dépression, on trouve la plaie résultant de l'opération. Cette plaie a 20 centimètres de long ; elle se dirige un peu obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. Elle est déjà presque entièrement cicatrisée. Le membre est maintenu dans la rectitude par le moyen suivant : une longue attelle est fixée sur la face externe du membre, elle s'étend depuis les dernières côtes jusqu'à la plante du pied, qu'elle dépasse de 10 centimètres environ. Au niveau de la hanche, cette attelle est interrompue dans un espace de 15 à 20 centimètres et les deux portions sont réunies par une forte tige de fer soudée à angle droit, de telle sorte que l'on peut, tout en maintenant le membre dans la rectitude, avoir complétement tous les jeux des parties malades. La plaie est simplement recouverte d'une plaque de *lint* imbibée de la solution connue en Angleterre sous le nom de *red wash*.

La cicatrisation s'opéra sans le moindre accident. On employa d'abord, pour rétablir la mobilité, les mouvements passifs, puis on permit au malade de s'asseoir dans un fauteuil et de faire quelques pas dans la salle à l'aide de béquilles. A la fin d'octobre, la plaie est tout à fait cicatrisée. Je fais lever le petit malade, qui peut se tenir debout sans aucun soutien. Le membre est droit, peu déformé, sauf la dépression correspondant à la plaie. Les mouvements ordinaires existent, sauf celui d'abduction. Le pied appuie solidement sur le sol, mais le talon ne porte pas lorsque l'enfant se tient dans la rectitude parfaite. Je le priai de marcher dans la salle, les pieds nus et sans s'aider de canne ou de béquilles. La marche est facile, malgré un peu de douleur dans la hanche, car c'est la première fois qu'il essaye de marcher sans soutien. La claudidation existe à peine, et tout me porte à croire qu'elle disparaîtra par l'exercice du membre

ART. IV. — INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA RÉSECTION.

§ 1. — Indications et contre-indications tirées de l'état général.

La constitution du malade est encore un élément important qui doit guider le chirurgien dans le choix du parti à prendre. En général, la coxalgie se montre chez des individus lymphatiques ou scrofuleux, et l'on sait les mauvais résultats que l'on obtient lorsque la diathèse scrofuleuse est très marquée. Souvent, après une amputation faite pour une tumeur blanche et qu'on a guérie, on voit une autre articulation se prendre à son tour et une même maladie se reproduire sur un autre point du corps. Devra-t-on chez un sujet évidemment scrofuleux s'abstenir de toute opération? Nous ne le pensons pas. Sans doute, si la diathèse était très prononcée, si plusieurs articulations étaient prises à la fois; il vaudrait mieux s'abstenir, ne pas accélérer par une opération intempestive la terminaison fatale de la maladie, et faire retomber sur la résection la responsabilité d'une mort malheureusement certaine ; mais heureusement ces cas ne sont pas ceux qui se présentent le plus souvent. Alors même que la coxalgie sera due à la diathèse scrofuleuse, si l'état de l'articulation l'exige, si l'état général le permet, il faudra faire la résection. Cependant une opération faite dans ces circonstances a contre elle l'avis de beaucoup de chirurgiens.

Puisque la coxalgie, disent-ils, est due à la constitution scrofuleuse du sujet, adressez-vous à la constitution, traitez l'état général, rendez au malade assez de vie par les toniques, les ferrugineux, une bonne alimentation, et la coxalgie guérira d'elle-même.

A cela nous pouvons répondre par les faits : bien que la maladie locale ne soit venue que sous l'influence de la maladie générale; une fois établie, elle influe sur la constitution, affaiblit le malade par une longue suppuration, et tant que la tête du fémur restera comme une épine implantée au milieu des tissus, tous les efforts de la thérapeutique échoueront, sans pouvoir rendre au malade assez de force pour lui permettre de faire lui-même les frais de sa guérison. Au contraire, comme nous le verrons tout à l'heure, lorsque la résection est venue détruire une cause permanente d'irritation, la santé s'améliore, souvent l'embonpoint, les forces reparaissent.

C'est au chirurgien qu'il appartient, dans un cas donné, d'apprécier ce qu'il y a à faire. Le plus ou moins grand développement de la diathèse scrofuleuse le guidera dans le parti à prendre. Ce que nous voulons établir ici, c'est que la contre-indication est loin d'être absolue, et qu'il faut, au contraire, éviter d'attendre assez pour que, dans le vain espoir de l'améliorer par des médicaments, on laisse l'état général s'aggraver assez pour rendre impossible une opération qui plus tôt eût sauvé le malade.

La phthisie, *à quelque degré qu'on l'observe, constitue-t-elle une contre-indication formelle?* — Nous pourrons faire encore ici les mêmes observations. La résection est une opération de nécessité; tant qu'il reste quelque espoir, fondé toutefois, de sauver le malade, on doit la pratiquer, mais il ne faut pas la faire lorsque la phthisie est tellement avancée que la mort est inévitable et prochaine. Ainsi, croyons-nous que l'opération n'aurait pas dû être faite dans les observations LV et XXXV. Dans l'observation LV (1), l'enfant, amaigri, très faible, d'une constitution scrofuleuse, était atteint de phthisie avancée; l'opération fut faite, sans avoir d'autre but que de diminuer la gravité des symptômes présents. Dans l'observation XXXV (2), l'enfant était réduit à un état cachectique, il avait tous les signes physiques de la phthisie ; sa face pâle et amaigrie, ses cheveux trempés de sueur, lui donnaient l'aspect d'un moribond. On crut prudent d'enlever la cause immédiate d'un tel désordre, afin de donner à l'enfant la chance de survivre quelques jours de plus; ces exemples ne doivent pas être imités.

Mais s'il ne faut pas faire la résection dans le cas de phthisie avancée, il ne faut pas parce qu'il existe quelques symptômes de début, s'abstenir d'une opération qui peut seule, nous le croyons, sauver la vie du malade. On sait avec quelle facilité les tubercules pulmonaires se développent chez un individu affaibli par une longue maladie et d'interminables suppurations; leur apparition est si fréquente dans ce cas qu'on pourrait presque dire que chacun de nous porte en soi le germe de la phthisie. Cherchez à guérir par une opération, est presque toujours alors le seul remède à la diathèse tuberculeuse se manifestant

(1) Simon, *The Lancet*, 1857, t. II, p. 390.
(2) Hancoch, *ibid.*

dans le poumon. L'observation XIX nous en montre un exemple remarquable (1) : « L'enfant, âgé de sept ans, tousse depuis trois ans; il est » très faible, très sujet à des sueurs nocturnes abondantes; la peau est » chaude et sèche pendant le jour, de la matité existe dans une assez » grande étendue, dans les régions sus et sous-claviculaires gauches, » murmure respiratoire faible mais dur. » Lorsque le malade, opéré et guéri, sortit de l'hôpital, tout symptôme physique de la phthisie avait disparu. On devra donc examiner avec soin l'état de la poitrine et prendre un parti, en s'appuyant sur l'état de la constitution et le résultat fourni par le stéthoscope et la percussion.

L'affaiblissement de la constitution. — En dehors de toute diathèse tuberculeuse et scrofuleuse, l'affaiblissement de la constitution peut aussi, lorsqu'elle est portée à un degré très avancé, devenir une contre-indication. Il est évident que les efforts nécessaires à la création d'une fausse articulation, exigent une certaine force de réaction qui ferait défaut chez un individu déjà très affaibli. Ici, c'est encore au chirurgien à prendre conseil des circonstances du fait, et aucune règle absolue ne peut être posée d'avance; mais nous devons faire remarquer qu'il ne faut pas se laisser aller trop facilement à l'abstention. Sans doute les pertes journalières d'une abondante suppuration épuise un malade déjà faible, mais combien l'épuise davantage celle qui résulte d'une plaie résultant de carie osseuse? Tout ne se réduit pas, il ne faut pas l'oublier, à une question de quantité, et *il vaut mieux pour le malade perdre un demi-litre de pus venant d'une plaie franche et tendant à la cicatrisation, que quelques grammes d'un liquide séro-purulent, sanieux, provenant d'une lésion osseuse.*

Aussi, lorsqu'une longue suppuration épuise un malade affecté de coxalgie chronique avec carie de l'articulation, y a-t-il indication de faire la résection, bien que cette opération, par une contradiction apparente, mais nullement réelle, doive augmenter momentanément et dans de notables proportions la suppuration qui s'écoule chaque jour? Les faits, du reste, peuvent nous montrer dans ces circonstances l'utilité d'une intervention chirurgicale active.

(1) *The Lancet*, 1857, t. I, p 310; t. II, p. 363. — *Med. Times and Gaz.*, 1857, t. I, p. 35; t. II, p. 421.

Un des opérés de M. Erichsen (obs. XVIII) était si amaigri, si faible, qu'on remit l'opération jusqu'à ce qu'on eût obtenu par le sirop d'iodure de fer, l'huile de foie de morue et une bonne nourriture, un peu d'amélioration de l'état général.

Après dix jours de ce régime, la résection fut faite. Le dix-neuvième jour après l'opération, la santé était revenue, ainsi que l'embonpoint; les plaies étaient presque guéries.

Obs. XVIII. (Erichsen.) — George B..., âgé de quatorze ans, entra le 31 novembre 1853, à University College hospital, dans le service de M. Erichsen. Le malade a toujours eu une bonne santé et n'a jamais souffert aucune privation. Il y a huit ans et demi, il fit une chute dans les escaliers, mais il n'en ressentit qu'un peu de douleur à la hanche. Six mois après sa chute, il commença à boiter, à sentir quelques douleurs dans la jointure et il trébuchait souvent en marchant. Il fut traité à Middlesex hospital par des vésicatoires, puis par des cataplasmes et l'immobilité. Un abcès se forma, s'ouvrit et se ferma pendant son séjour à l'hôpital.

Depuis ce moment, il boite et marche avec une béquille, quoiqu'il ne souffre pas dans la jointure. Deux mois avant son entrée, un abcès se forma de nouveau et s'ouvrit. Le malade s'affaiblit beaucoup et fut pris de sueurs nocturnes.

Etat actuel à l'entrée : Le garçon est couché sur le côté gauche, la jambe droite croisée sur l'autre et faisant un angle de 30 degrés avec l'abdomen. Il y a trois pouces de raccourcissement. Le gonflement ne permet plus de distinguer ni les plis de la région, ni les saillies osseuses. La partie est très douloureuse à la moindre pression; l'articulation paraît mobile, mais si l'on fixe le bassin avec soin, on voit qu'elle ne l'est qu'à peine. Sur la partie externe et jusqu'au milieu de la cuisse, il y a plusieurs ouvertures fistuleuses. La sonde introduite par ces fistules prend la direction de la tête fémorale, mais sans pouvoir atteindre nulle part d'os dénudé. Quelques fistules passent en avant de l'articulation. La faiblesse du sujet va en augmentant; il n'a pas d'appétit et a la nuit des sueurs abondantes. Pouls vif et petit, toux légère depuis une semaine. Pas de douleur de côté, rien à l'auscultation ni à la percussion.

On lui ordonne une bonne nourriture et les médicaments suivants :

Sirop d'iodure de fer, 1 drachme ; iodure de potassium, 2 grains; infusion de quassia, 1 once à prendre trois fois par jour.

Deux drachmes d'huile de foie de morue, deux fois par jour. — Cataplasmes.

La semaine se passa assez bien; la semaine suivante, M. Erichsen fit un examen approfondi du membre. Le fémur était luxé en arrière (*Dorsum of the ilium*). M. Erichsen crut prudent d'attendre une légère amélioration dans la santé générale avant de pratiquer la résection.

Dix jours après, M. Erichsen passa une longue sonde à travers les plus larges fistules, pendant que le malade était sous l'influence du chloroforme. L'instrument arriva sur le côté externe d'une saillie que l'on supposa être le grand trochanter. Un bistouri étroit fut glissé dans cette direction à travers les parties molles. La sonde fut introduite par une autre ouverture, rencontra une surface dure que l'on supposa être l'os, mais recouvert de quelque matière plastique. Un peu de fièvre suivit cette exploration. Après que l'état normal fut revenu, M. Erichsen procéda à l'opération.

Il fit une incision en T sur la partie externe du trochanter, et mit l'os à nu par la dissection. La tête du fémur fut tournée en dehors et vint faire issue hors de la plaie, en portant le

membre tout à fait en dedans, et en s'en servant comme d'un levier. Quand l'os eut été bien débarrassé des parties molles, on le scia après l'avoir enlevé; on remarqua une cavité renfermant du pus et quelques fragments osseux aux environs de la cavité cotyloïde, qui, elle-même, était remplie d'une matière plastique assez dense, et légèrement rugueuse en ce point. La gouge enleva ce petit point, et quelques vaisseaux seulement furent liés. On plaça au fond de la plaie un linge imbibé d'eau froide pour arrêter le suintement du sang. La plaie fut alors recouverte d'une large compresse mouillée, le malade reporté dans son lit et la jambe placée sur un oreiller.

Le membre fut ensuite fixé sur une large attelle, remplacée par deux branches de fer au niveau de la plaie.

La fièvre inflammatoire fut assez intense, et les premiers jours le garçon éprouva assez de douleur. Le pus fut d'abord séreux, mais il devint tout à fait louable, quoiqu'il eût de temps en temps un peu de fétidité. L'huile de foie de morue est continuée.

Une semaine après l'opération il fut pris de douleurs dans le coude, puis dans le genou, le cou-de-pied et l'orteil du côté droit. Le neuvième jour, le genou était assez notablement enflé, mais le gonflement disparut, et le dix-neuvième jour, l'état du sujet était excellent. La santé était revenue ainsi que l'embonpoint; il n'éprouvait plus de douleurs et pouvait se remuer dans son lit. Les plaies étaient presque guéries, et la suppuration venait principalement d'une fistule voisine.

Deux mois après, la plaie était tout à fait guérie. Il n'y avait plus qu'un léger suintement, par une des fistules non fermée (1).

Il en fut de même dans l'observation XXVI (2). Quelques jours après la résection l'appétit reparut, et la santé commença à s'améliorer. La guérison fut complète.

Dans ce cas la santé générale était assez mauvaise, pour qu'on hésitât à pratiquer la résection, mais dans un grand nombre d'observations on voit cette amélioration se manifester par le retour des forces, de l'appétit et de l'embonpoint, peu de temps après l'opération et malgré une abondante suppuration.

L'âge du malade est une circonstance importante que l'on devra prendre en très grande considération. Pour les résections comme pour les amputations les succès sont bien plus nombreux lorsque les opérés sont des enfants; c'est un point sur lequel je n'ai pas besoin de m'étendre. Cependant la résection n'est pas seulement praticable au premier âge de la vie; elle a été faite plusieurs fois avec succès sur des adultes et même sur des individus déjà âgés; mais si l'âge n'est pas une contre-indication formelle, on devra cependant en tenir un grand compte

(1) *The Lancet*, 1854, t. Ier, p. 62.
(2) *The Lancet*, 1852, t. Ier, p. 172.

dans le pronostic. Six fois la résection de la hanche a été faite après l'âge de vingt ans, il y eut 3 morts et 3 guérisons. Les opérés qui succombèrent étaient âgés l'un de trente-trois ans, les deux autres de cinquante-quatre.

La guérison après l'enlèvement des parties osseuses qui forment les grandes articulations exige de la nature des efforts de réparation difficiles à obtenir chez un individu âgé et déjà épuisé par une longue maladie et une abondante suppuration.

§ 2. — Contre-indications tirées d'affections concomitantes.

Avant de se décider à la résection, il faut examiner si en dehors des causes générales que nous avons énumérées, il n'existe pas d'autres causes d'insuccès par suite d'affections concomitantes.

L'observation XXV (Bowman) (1) nous montre un exemple de maladie organique du cœur, constatée seulement pendant la convalescence de la résection et qui amena la mort de la malade, un mois après la guérison de la maladie chirurgicale.

Il faut aussi s'enquérir avec le plus grand soin de l'état de la cavité pelvienne et rechercher, dans les cas où elle est le siége d'un abcès, si la collection purulente dépend de la coxalgie et a été amenée par la perforation de la cavité cotyloïde, ou si elle n'a pas une autre cause plus éloignée.

Il peut en effet arriver (2) qu'une carie des vertèbres lombaires accompagnée d'abcès par congestion vienne déterminer par le contact du pus et de dedans en dehors, la carie du fond de la cavité cotyloïde et la formation d'une coxalgie secondaire; dans ce cas toute opération est formellement contre-indiquée, puisque la résection ne pourrait remédier à la maladie principale. Comment s'assurer à l'avance si la coxalgie est primitive ou consécutive? L'apparition de douleurs lombaires, d'un abcès par congestion faisant saillie au pli de l'aine, de perte ou d'affaiblissement de la sensibilité et de la motilité d'un des membres inférieurs, pourront mettre sur la voie. Quelquefois cependant ces

(1) *The Lancet*, 1857, t. II, p. 362. — *Med. Times and Gaz.*, 1857, t. II, p. 421.
(2) Bazire, *loc. cit.*, p. 43.

signes peuvent faire défaut ou n'être pas suffisants pour permettre un diagnostic précis.

Un malade opéré par M. Smith (obs. LVI) et soumis à la résection, présenta à l'autopsie une carie des vertèbres lombaires, probablement primitive ou du moins antérieure à la coxalgie, mais qui fut complétement méconnue. Une douleur dans la région des reins avait été le premier signe de l'affection, avant même le développement de symptômes du côté de la hanche, mais là se bornèrent tous les signes de la maladie. MM. Fergusson, Walton, Shaw examinèrent aussi le malade, et leur opinion fut qu'il n'y avait aucune affection sérieuse du côté du bassin, il n'y avait ni gonflement, ni sensibilité dans la région iliaque, la région lombaire paraissait également saine. Le malade succomba après l'opération.

M. Basire (1) attribue à la même cause le développement de la coxalgie chez un opéré de M. Hilton (obs. XLVI). Les détails de l'observation sont insuffisants pour nous faire adopter cette opinion. Il n'est point parlé dans les commémoratifs de douleurs lombaires, d'abcès intra-pelviens; on ne parle pas non plus à l'autopsie de carie vertébrale, il est dit seulement : « L'acétabulum est sain, un abcès passant sous le ligament de Fallope arrive jusque dans l'abdomen (2). »

Or, il est permis de penser, en raison surtout de l'intégrité de l'arrière-fond de la cavité cotyloïde, que la collection purulente intra-abdominale n'était que la propagation de dehors en dedans de la suppuration développée dans la région de l'aine, autour de l'extrémité supérieure du fémur reséqué, suppuration qui avait peut-être remonté le long de la gaîne du psoas iliaque.

Obs. LVI. (Smith.) — Au commencement de mai, le docteur Gavin Milroy me pria de voir le nommé William R..., âgé de trente-trois ans, demeurant à Drury lane, et qui depuis quelque temps souffrait de la hanche. Voici quels sont ses antécédents :

Il y a dix-sept mois, il commença à éprouver dans la hanche de vives douleurs qui avaient été précédées d'un lumbago. Dans l'origine, il ne souffrait que la nuit ou quand il exécutait des mouvements du membre, mais il ne souffrait pas tant qu'il se bornait à son travail de cordonnier. Il resta en cet état pendant cinq ou six mois, on lui fit subir un traitement interne et on appliqua des calmants sur la région, mais sans succès. Il entra alors dans un des principaux

(1) Basire, *loc. cit.*, p. 45.
(2) *The Lancet*, 1858, t. II, p. 116.

hôpitaux de la capitale, et fut soigné par un éminent chirurgien. Il resta deux mois à l'hôpital, et un cautère appliqué sur le siége du mal fut entretenu pendant trois mois. Après ce temps, la douleur de la hanche disparut, excepté lorsqu'il exécutait des mouvements; mais cette amélioration fut de courte durée, l'articulation continua à enfler, du pus se forma et fut évacué par le chirurgien. Environ trois mois après l'entrée à l'hôpital, la luxation spontanée s'effectua, et le malade qui jusqu'alors reposait sur le côté droit, dut prendre constamment le décubitus dorsal.

On lui dit alors que l'on ne pouvait rien faire de plus pour lui, il quitta l'hôpital et retourna chez lui, espérant être reçu à l'asile.

Aidé du docteur Milroy, j'examinai avec soin le malade que je trouvai dans l'état suivant : il est couché sur le dos, la jambe gauche croisée sur la droite et supportée par un oreiller. La région de la hanche est le siége d'un gonflement notable, et juste au-dessous du trochanter existe une ouverture donnant issue à de la sérosité purulente. Le membre est raccourci de près d'un pouce, la tête du fémur est facilement sentie dans la fosse iliaque externe, il n'y a évidemment ni ankylose, ni tendance à l'ankylose. Une sonde introduite par l'ouverture fistuleuse pénètre dans différentes directions, mais se dirige surtout vers la tête de l'os, cependant l'examen le plus attentif ne peut faire découvrir de dénudation. La douleur est très vive lorsqu'on cherche à mouvoir le membre, ou lorsqu'on appuie sur le grand trochanter. Il n'y a pas de gonflement ni de sensibilité dans la région iliaque, la région lombaire paraît également saine. Le malade qui était d'abord grand et vigoureux, est maintenant maigre, très affaibli; son pouls est petit, faible, rapide; il a la nuit des sueurs abondantes.

Après beaucoup de réflexions sur l'état de cet homme, j'émis au docteur Milroy l'opinion que c'était un cas dans lequel on doit penser à intervenir chirurgicalement, à faire une opération exploratrice, et à agir en conséquence des résultats de l'exploration.

Je pensais que la tête du fémur était la partie principalement affectée, et que, placée comme elle était dans une situation anormale, elle agissait comme source d'irritation, et minait peu à peu la santé du patient. Il était évident qu'il n'y avait du côté du bassin aucune lésion sérieuse. Prenant en considération l'état auquel se trouvait réduit le malade, je n'hésitais pas à regarder le cas comme comportant la résection de la tête du fémur. Nous décidâmes cependant de ne pas nous presser à opérer, de surveiller le malade, et de l'examiner de temps en temps.

Mon ami, M. Walton et MM. Arnott et Shaw virent plusieurs fois le malade, confirmèrent mes idées sur la lésion existante et adoptèrent mon avis de faire un examen approfondi en s'aidant du bistouri. Mais auparavant je voulus m'éclairer de l'expérience de M. Fergusson. Il fut assez bon pour voir le malade avec moi, et après un examen attentif, il fut d'avis que c'était un cas dans lequel le chirurgien devait intervenir, car la maladie paraissait limitée à la tête du fémur, et la maladie n'avait aucune chance de guérir soit naturellement, soit par un traitement médical.

Comme ce malade habitait une petite chambre et qu'il avait avec lui plusieurs enfants, il alla habiter dans le voisinage, chez un de ses parents, chez lequel il avait plus d'air et de repos, et nous décidâmes que l'opération lui serait faite lorsqu'il aurait passé quelques jours dans sa nouvelle demeure. Le docteur Milroy examina avec soin l'état général, et surtout celui des poumons, mais il ne trouva dans cet examen aucune contre-indication à l'opération.

Le 14 juin je reséquai la tête du fémur en présence des professeurs Fergusson et Partridge, et de MM. Arnott, Walton, Bowman, Ure, Shute, Nunn, Bishop, etc.

Le malade endormi par le chloroforme, par les soins du docteur Snow, et reposant sur le côté droit, je fis sur la tête de l'os une incision que je prolongeai de sept pouces du côté du

corps du fémur. Je mis à nu la tête que je trouvai cariée et située au milieu d'un abcès. Je détachai alors les parties molles du collet du grand trochanter, et pour plus de facilité, je fis une petite incision à angle droit avec la première. Le membre fut alors croisé sur celui du côté opposé, et en aidant ce mouvement d'une légère traction opérée directement avec les doigts sur la tête, l'extrémité supérieure de l'os vint faire saillie au dehors de la plaie. Le bistouri contourna l'os avec soin au-dessous du grand trochanter, et la section de l'os fut faite facilement à l'aide d'une scie ordinaire. Nous examinâmes alors avec soin la cavité cotyloïde, une portion de ses bords atteinte de carie fut coupée avec les cisailles, une petite portion de son fond était dénudée; elle fut fouillée avec la gouge. La plaie fut réunie par quelques sutures et recouverte d'un pansement à l'eau froide. Aucune ligature ne fut nécessaire, il n'y eut qu'une perte de 4 onces de sang au plus. La portion d'os enlevé était de trois pouces; la section avait été faite au-dessous du grand trochanter. La maladie était limitée aux surfaces articulaires, qui étaient entièrement dénudées de cartilage et cariées. Quelques points présentaient quelques granulations. L'os, après macération, offrait tous les caractères de la carie.

Une heure après l'opération, le malade qui ne se rappelait de rien, se trouvait très bien, et se plaignait seulement d'un peu de douleur vers la plaie qui était le siége d'un léger suintement sanguin. Pouls, 84. — Diète, sauf un peu de tisane et d'eau froide.

11 heures du soir. — Le malade a dormi un peu et se sent très bien. L'écoulement sanguinolent s'est arrêté. Pouls, 104.

15 juin. — Etat très satisfaisant. Absence complète de traumatisme, nuit très bonne, peu de fièvre. Pouls très faible, 120; soif. — Diète.

16 juin. — Nuit bonne, légère douleur vers la plaie, la suppuration commence à s'établir. Pouls, 110, un peu plus plein. Le malade a pris un peu de bouillon de mouton.

18 juin. — Un peu de douleur s'est fait sentir hier vers la plaie; elle n'existe plus aujourd'hui; sommeil bon. Pouls, 98. Suppuration de bonne nature. — Œuf matin et soir.

20 juin. — Le malade qui a été purgé la veille de l'opération, n'a pas depuis été à la selle. Demi-cuillerée d'huile de ricin. La plaie granule bien. — Demi-pinte de bière par jour.

21 juin. — La purgation a fatigué le malade qui ne se trouve pas aussi bien. Pouls, 84, plus faible. Un peu de douleur et de gonflement au-dessous de la plaie. — Aliments solides.

23 juin. — Plus de douleur, état très satisfaisant. Appétit bon, suppuration modérée et de bonne nature.

27 juin. — Continuation de l'amélioration, les forces reparaissent, pouls au-dessous de 100, la plaie est fermée dans une grande étendue. Les sueurs nocturnes continuent. — Sulfate de quinine, 1 grain; acide sulfurique, 20 minims; eau, 1 once, à prendre trois fois par jour.

29 juin. — La plaie est si avancée dans sa cicatrisation, que je place le membre (laissé jusqu'à cette époque dans la même situation qu'avant l'opération, c'est-à-dire croisé sur l'autre) sur une attelle de Liston, afin de l'étendre chaque jour un peu davantage. Cette opération cause une vive douleur au malade et amène l'écoulement d'un peu de sang.

8 juillet. — Le malade ne va pas aussi bien depuis quelques jours. Il a souffert beaucoup de l'opération qui a consisté à placer le membre sur une attelle, autant même qu'après la résection. La suppuration est plus abondante, la plaie s'est en partie rouverte, il y a du gonflement et de la tension à son niveau; la langue était chargée, le pouls plus rapide. Aujourd'hui cependant les désordres ont cessé, la langue est claire, l'appétit bon, la plaie a bon aspect, la suppuration est modérée et de bonne nature. Toujours des sueurs nocturnes. Le membre est dans la rectitude presque complète. — Deux verres de vin par jour.

14 juillet. — La plaie se rétrécit, continuation de l'amélioration.

22 juillet. — Un peu de diarrhée dans ces derniers jours. Le membre est si droit et la plaie

en si bon état que j'enlève l'attelle, laissant la jambe reposer sur un oreiller. Toujours beaucoup de suppuration, mais de bonne nature.

2 août. — La plaie n'a plus qu'un pouce et demi d'étendue. Le malade peut remuer quelque peu la cuisse ; il reprend ses forces, boit, mange et dort bien. Il prend depuis quelques jours du fer et du quinquina.

28 août. — Le malade va aussi bien que possible, la plaie est presque entièrement guérie. Je crus sentir de la fluctuation il y a quelques jours à la partie inférieure de la cuisse ; je fis en conséquence une contre-ouverture assez profonde, mais sans donner issue à de la suppuration. Les mouvements du membre sont plus libres, et j'ai toutes raisons de croire qu'une nouvelle articulation est déjà en partie formée. La santé générale est satisfaisante, l'appétit bon. Plus de sueurs nocturnes. Pouls plein, modérément fréquent ; le malade reprend peu à peu de l'embonpoint.

Depuis cette époque, jusqu'à la fin de septembre, le malade resta dans cet état, mais ne gagnait pas de forces ; dans les derniers temps cependant le membre commença à enfler peu à peu, et le 3 octobre il y avait de l'œdème aux malléoles. Cependant l'opéré ne se plaignait de rien ; l'appétit, le sommeil étaient bons, les selles et la mixtion régulières. Je lui conseillai de s'abstenir de vin et de liqueurs fermentées et de prendre des diluants. La plaie, presque entièrement cicatrisée, avait un bon aspect, mais vers sa partie supérieure le pus qui s'en échappait n'avait pas sa couleur normale. L'extrémité de l'os était recouverte de granulations, arrondie, mais en introduisant mon doigt par la plaie, je pus sentir un petit espace dénudé, il était évident que l'os n'était pas partout entouré de tissus de nouvelle formation.

Le malade devient de plus en plus faible, les jambes sont très œdématiées et le gonflement s'étend sur le côté jusque dans l'aisselle gauche. Son état fait perdre tout espoir de guérison. L'appétit a disparu, il y a du délire la nuit. Le docteur Johnson examine les urines avec soin, il y a une grande quantité de graisse, ce qui ne laisse pas de doute sur l'existence d'une maladie des reins.

1er novembre. — Vomissements pendant plusieurs heures avant-hier, dépression profonde. Mort le matin.

Le soir l'autopsie fut faite en présence de MM. Fergusson, Milroy, Ure et Miller.

La plus grande partie de la plaie est solidement cicatrisée. L'extrémité du fémur est arrondie, mais présente plusieurs petits points dénudés. Il est uni au bord inférieur de la cavité cotyloïde par du tissu fibreux, solide et résistant ; l'os iliaque présente à son niveau, en arrière de l'acétabulum, une légère dépression pour recevoir le fémur. La cavité cotyloïde, dans toute son étendue, est rugueuse et dénudée. Deux ou trois longues fistules se perdent à travers les parties molles. *En examinant l'intérieur du bassin, nous trouvons sous le muscle psoas une longue fistule, arrivant en haut jusqu'aux premières vertèbres lombaires dont les corps sont cariés, et aboutissant en bas à l'acétabulum.*

Foie adhérent au diaphragme, lobe droit granuleux, ramolli, congestionné. Rate volumineuse, reins hypertrophiés, présentant au plus haut degré les altérations de la maladie de Bright. Poumons parfaitement sains (1).

§ 3. — Indications tirées des lésions locales.

La coxalgie débute souvent par une altération des parties molles arti-

(1) *The Lancet*, 1848, t. II, p. 579-636.

culaires, par la synoviale, les ligaments et les cartilages; elle peut affecter une marche aiguë ou chronique, amener des désordres très variables depuis la simple hydarthrose, jusqu'au développement de fongosités synoviales, suivies de l'érosion des cartilages articulaires, lesquels cessant plus tard de protéger les os qu'ils recouvrent, permettent à la maladie d'envahir le fémur et l'os iliaque. De là une première forme de l'affection, l'arthrite simple ou fongueuse, accompagnée souvent d'abcès extra ou intra-articulaires qui, après perforation de la capsule, viennent, comme les premiers, s'ouvrir à l'extérieur et donner naissance à des fistules souvent difficiles à guérir.

La luxation spontanée du fémur est parfois observée dans cette forme de l'affection qui n'est souvent que le premier degré de la coxalgie ostéo-articulaire. Alors même que la luxation s'est opérée on peut encore espérer la guérison, et ce déplacement même a paru dans plusieurs observations avoir arrêté la marche de l'affection du côté de la cavité cotyloïde.

Mais la coxalgie arthritique sans complications du côté des os ne s'accompagne pas toujours de suppuration; la guérison arrive fréquemment par ankylose et par la formation d'adhérences fibreuses entre les surfaces opposées de l'articulation. Il ne faut donc point opérer dans cette forme de la maladie, la résection n'est qu'un moyen exceptionnel, et s'il ne faut pas trop tarder d'y avoir recours lorsqu'il y a des indications suffisantes, il faut surtout se mettre en garde contre une fâcheuse précipitation, alors que l'on peut encore avec un espoir suffisamment fondé, chercher à obtenir la guérison spontanée.

Mais souvent, surtout chez les enfants, la coxalgie débute par les os, et plus spécialement par le fémur. M. Erichsen distingue même deux formes de coxalgie qu'il appelle *fémorale* et *cotyloïdienne*.

Forme fémorale. — Elle est fréquemment d'origine tuberculeuse. La tête et le col du fémur ramollis et friables contiennent au milieu de leurs cellules osseuses, une matière jaunâtre plus ou moins ramollie. Cette forme de l'affection s'accompagne inévitablement d'abcès dans les parties molles extra-articulaires, abcès qui viennent s'ouvrir le plus souvent dans les régions trochantériennes et fessières. La surface articulaire cariée se dépouille de son cartilage, et la luxation spontanée accompagne ordinairement cette forme de l'affection qui entraîne pres-

que toujours la mort du malade épuisé par la suppuration et la fièvre hectique.

Forme cotyloïdienne. — Si la maladie débute par l'os iliaque, la suppuration se fait quelquefois du côté du bassin, mais elle se montre le plus souvent à l'extérieur, dans la région de l'aine. La carie peut affecter soit le fond, soit les bords de la cavité cotyloïde, et dans ce dernier cas, la résection sera facilitée par la destruction du rebord articulaire; mais quelquefois la tête fémorale après la perforation de l'os iliaque vient faire saillie dans la cavité pelvienne.

Quelle indication peut-on tirer pour la résection, des différents symptômes qui accompagnent et caractérisent la coxalgie?

A. *Luxation spontanée.* — La plupart des auteurs qui ont écrit sur la résection de la hanche, regardent l'existence de la luxation spontanée comme une indication, et son absence comme une contre-indication à l'opération. M. Henry Smith, dans son mémoire à ce sujet, insiste sur ce point, en s'appuyant sur les considérations suivantes dont nous devons examiner la valeur.

1° *Tant que la luxation n'est pas produite, on peut espérer obtenir l'ankylose.*

Sans doute, l'absence de tout déplacement peut faire croire que la maladie articulaire se borne à la synoviale et au cartilage, et c'est surtout comme indiquant une période moins avancée de la maladie que l'intégrité des rapports entre le fémur et le bassin peut devenir une contre-indication; mais que faudra-t-il faire si, alors que la luxation n'a pas eu lieu, l'exploration avec la sonde et même avec le doigt permet de constater la carie de la tête fémorale? Dans ce cas, nous n'hésitons pas, malgré quelques avis contraires, à conseiller l'opération, si l'état général le permet, si les désordres locaux le demandent, et si surtout le retentissement de l'affection locale sur la constitution du malade l'exige.

Les observations XXIV, XXXVIII, XLVII, LI, LVII, LIX, sont des exemples de résection faites en l'absence de luxation, mais avec constatation préalable de la carie articulaire.

Il faut en effet, pour que l'opération soit justifiée, que l'on ait pu constater l'existence de l'affection osseuse, car tant que l'on peut présumer que la maladie est bornée aux parties molles articulaires et que

la guérison sans opération est possible, la résection ne doit pas être pratiquée.

Dans un cas (observation XXXII), présumant que la tête du fémur était malade, et bien qu'elle fût encore contenue dans la cavité cotyloïde, mais guidé par l'affaiblissement continu du sujet sous l'influence de la suppuration, M. Price fit la résection. Malgré le succès qui suivit cette opération, nous pensons que cet exemple ne doit être suivi qu'avec une grande réserve. Nous devons dire cependant qu'avant d'ouvrir plus largement la capsule, M. Price avait réuni par une incision deux fistules existant à la partie externe de la hanche et avait pu ainsi s'assurer de l'existence de la carie fémorale.

Obs. XXXII. — J. F..., âgé de huit ans, garçon scrofuleux, fut envoyé à l'infirmerie des enfants scrofuleux, à Morgate, au commencement de 1859, pour une coxalgie datant de quatre ans, et qui le retenait au lit. L'enfant ne donne que peu de renseignements sur sa maladie. Elevé dans un Workhouse, il souffrait depuis longtemps et beaucoup de la hanche, de sorte que la fièvre hectique, les sueurs nocturnes, la perte de l'appétit ruinèrent sa constitution d'abord robuste.

Au commencement de 1860, la douleur devint si vive et son retentissement sur l'économie si grand, que M. Price *présuma* que la tête du fémur était le siége d'un travail de destruction très avancé. Le corps est courbé, la cuisse fléchie sur le bassin, et le grand trochanter fait une saillie telle, qu'on pourrait croire à une luxation qui n'existe pas. La plus légère pression à ce niveau cause une excessive douleur.

Tous les traitements internes n'ayant amené aucun soulagement, M. Price réunit par une incision deux fistules ouvertes au niveau de l'articulation, l'ouvrit et constata que la tête du fémur était privée de son cartilage et que l'intérieur de l'articulation était plein de pus. Il ne restait aucun vestige de la synoviale, le ligament rond était détruit, mais l'acétabulum était à peine malade. La jambe fléchie sur la cuisse fut étendue de force et l'on reséqua la tête du fémur. La plaie fut réunie par deux points de suture, et l'on appliqua la longue attelle de Price.

Il n'y eut rien de particulier après l'opération ; la guérison fut des plus rapides et sans accidents, les forces et la santé revinrent rapidement. L'enfant est sorti maintenant, et il est probable qu'il aura avec le temps un membre utile (septembre 1860) (1).

2° *Si la luxation n'existe pas, on ne peut savoir si la cavité cotyloïde est saine, et si même il n'y a pas de perforation.* — Les exemples nombreux que nous avons cités enlèvent à cet argument sa plus grande valeur. Sans doute, la luxation aurait pu permettre à la cavité cotyloïde de se guérir spontanément ; sans doute, si cette guérison s'était effec-

(1) *The Lancet*, 1860, t. II, p. 240.

tuée, la résection aurait plus de chances de succès; mais nous avons vu que la cavité cotyloïde a été trouvée malade et qu'elle a été ruginée dans la plupart des cas, que la guérison a suivi très souvent cette opération, et que cette guérison a même eu lieu dans des cas de perforation.

L'implication de la cavité cotyloïde étant plutôt pour nous une raison d'intervenir, si déjà la résection paraît conseillée par l'état du fémur, peu nous importe que l'absence de luxation nous laisse du doute sur l'état de l'acétabulum. Cependant l'intégrité des rapports entre les surfaces articulaires étant souvent une présomption de lésions moins graves, de la possibilité d'une guérison spontanée, c'est à ce titre, ainsi que nous l'avons dit, qu'elle pourrait devenir une contre-indication.

L'existence de la luxation est quelquefois difficile à constater. Il faut tenir grand compte des variations de longueur du membre, apparentes et réelles; chercher, à l'aide de la connaissance des signes qui lui sont propres, à se rendre compte de l'absence ou de l'existence d'un déplacement du fémur. C'est un point sur lequel nous ne pouvons nous étendre, et nous devons renvoyer aux traités spéciaux sur ce sujet; mais nous nous contenterons de dire que toutes les variétés de luxation ischiatique, iliaque, sus et sous-pubienne, ont été observées chez les malades sur lesquels on a pratiqué la résection de la hanche.

B. *État de la cavité cotyloïde. — L'extension de la maladie à la cavité cotyloïde, la perforation de cette cavité, sont-elles une contre-indication?* — Nous nous sommes déjà expliqué sur ce point si controversé. L'étude des faits prononce en dernier ressort, et nous avons vu que l'acétabulum carié et ruginé a guéri dans la plupart des cas. Sa perforation même n'a pas été un obstacle à la guérison, car la suppuration, même dans ces cas, ne s'est pas étendue à la cavité pelvienne; cela, du reste, peut assez facilement se comprendre : les parties molles qui, du côté du bassin, recouvrent l'arrière-fond du cotyle, deviennent dans ces circonstances le siége d'un travail subinflammatoire, qui a pour résultat d'augmenter l'épaisseur des tissus, et cette épaisseur paraît s'accroître à mesure que la maladie de l'os se rapproche de la surface pelvienne, de sorte qu'au moment où la perforation s'effectue, le pus rencontre une barrière qui l'empêche de fuser dans l'intérieur du bassin. On comprend même que dans ces cas, la résection, en ouvrant largement l'articulation et en permettant l'écoulement facile de la suppu-

ration, contribuera à mettre le malade à l'abri du danger des fusées purulentes intra-pelviennes.

Cependant, s'il ne faut pas s'exagérer les dangers de l'implication de l'acétabulum, il ne faut pas non plus les méconnaître. Si la carie de la cavité cotyloïde n'est pas une contre-indication formelle lorsque surtout elle est peu étendue, elle doit toujours être un motif de prudence dans le choix du parti à prendre et de réserve dans le pronostic. Il en est de même, à bien plus forte raison, de la carie d'une partie de l'os iliaque, telle que l'ischion, le pubis, la crête iliaque. Nous avons vu cependant que l'opération faite dans ces conditions fâcheuses, et en enlevant toutes les portions malades, avait été suivie de succès.

Mais ce qui nous importe d'établir, c'est que l'implication de la cavité cotyloïde n'est pas une contre-indication à l'opération, et qu'elle peut, au contraire, malgré l'opinion de beaucoup de chirurgiens, la rendre nécessaire. *La carie du bassin,* disent les adversaires de la résection, *entraînera si elle existe la mort du malade,* il ne faut pas opérer. S'abstenir c'est donc condamner le malade à une mort certaine, et n'a-t-on pas plus d'espoir de guérir cette carie qu'ils déclarent incurable, lorsque par une opération on aura enlevé les portions osseuses malades, qu'en se bornant à l'expectation? Plus l'affection est grave et désespérée, plus le chirurgien est autorisé à intervenir, et il le sera d'autant plus dans le cas qui nous occupe, que les exemples antérieurs montrent la possibilité, la fréquence même des guérisons. Les lésions chirurgicales faites aux parties molles, pour arriver jusqu'au siége de la carie, ne sont ni assez étendues, ni assez graves pour rendre les dangers de l'opération plus considérables que les bénéfices qu'elle doit procurer au malade, et l'on ne peut invoquer contre cette résection complète, ce précepte que le chirurgien ne doit jamais oublier : *Primum non nocere.*

État du fémur. — L'étendue des désordres du côté du fémur est encore une considération importante. Dans les observations que nous possédons, la maladie était toujours limitée à la partie supérieure et articulaire de l'os, mais elle peut s'étendre le long du corps du fémur. Si la section devait, pour retrancher les parties malades, porter à une certaine distance au-dessous du petit trochanter, la résection n'aurait aucune utilité, car elle laisserait après elle un membre trop court, non-seulement inutile, mais nuisible.

Quelquefois la maladie peut se borner au grand trochanter. Il faut dans ces cas le mettre à découvert et enlever tout ce qui est malade.

M. Erichsen (obs. XXII) reséqua le grand trochanter et rugina l'intérieur du col du fémur, excavé par la carie, chez une femme âgée de vingt-trois ans, affectée de carie de l'extrémité supérieure du fémur, mais sans implication de l'articulation. Ce fait doit être rapproché du précédent et ne doit pas entrer dans la statistique de la résection. Cette fois la malade guérit parfaitement.

Obs. XXII. (Erichsen.) — Une femme âgée de vingt-trois ans, atteinte de coxalgie, me fut adressée par M. Barker (de Smardon). D'une santé délicate, elle perdit ses parents et un frère morts phthisiques. Pendant son enfance, elle eut dans la région de la hanche droite un abcès qui s'ouvrit et se guérit sans qu'il y eût de roideur dans l'articulation. Elle eut de plus une carie ou une nécrose du tibia à sa partie inférieure, qui guérit aussi et qui laissa une cicatrice encore visible.

Il y a six mois, elle fit une chute sur la hanche droite, qui devint douloureuse ; un abcès se forma et s'ouvrit ; depuis l'ouverture, il laisse échapper de la suppuration. Le membre est en bonne position ; il y a cependant un quart de pouce de raccourcissement dû à l'affection osseuse du tibia, car il n'existe qu'entre le genou et les malléoles ; les mouvements sont possibles et non douloureux. Un large clapier existe entre les muscles fessiers ; la sonde, dirigée plus en avant, pénètre profondément dans la substance même du grand trochanter. Le diagnostic posé fut : *carie de l'extrémité supérieure du fémur sans implication de l'articulation.*

Mais la proximité de l'articulation devait faire craindre que, par l'extension de la maladie, elle ne fût bientôt atteinte, et nous crûmes que le seul moyen de sauver la jointure était de faire à temps la résection des parties malades.

En conséquence, le 22 février, je fis sur le grand trochanter une incision de 4 pouces (10 centimètres) de longueur ; j'enlevai, au moyen de la gouge et de cisailles coupantes, tout ou la plus grande partie du grand trochanter, et je nettoyai la cavité osseuse creusée dans l'épaisseur du col. La malade guérit très bien, et elle a depuis quitté l'hôpital (1).

M. Fergusson, sur une femme de vingt ans, enleva le grand trochanter et le col du fémur sans toucher à la tête, qui était ankylosée. La malade mourut.

Une jeune femme de vingt ans souffrait depuis seize ans d'une maladie de la hanche. Elle était restée quelques mois soumise aux soins de M. Fergusson. Les symptômes indiquaient l'existence d'une affection incurable et limitée à la partie supérieure du fémur seulement. Il y avait depuis quelque temps un abcès paraissant se diriger vers la jointure. Les symptômes faisaient également croire au chirurgien qu'il y avait une luxation spontanée.

M. Fergusson se décida à couper et à enlever la partie malade, c'est-à-dire *ce qu'il croyait la tête du fémur.* En faisant son incision, il s'aperçut qu'il s'était trompé quant à la luxation,

(1) *British med. Journal*, 1860, t. I, p. 351.

car il n'en existait pas de traces, mais la tête du fémur était fortement ankylosée dans la cavité cotyloïde.

Trouvant le siége de l'affection limité au col de l'os, il le scia en travers au-dessous du trochanter et à travers son col; enlevant les parties intermédiaires malades. La partie supérieure et postérieure du col était percée d'un trou rond, à travers lequel on voyait une portion d'os presque détachée et nécrosée. La maladie empiétait un peu sur le fémur.

Cette opération fut, à proprement parler, une résection du trochanter et du col du fémur, elle ne peut être envisagée comme résection de la tête. La malade mourut d'érysipèle seize jours après l'opération, il y avait du pus dans la cuisse et la jambe (1).

Si la tête, comme cela a été observé plusieurs fois par Schmalz, Hayne Walton, Liston, Harris, s'est spontanément détachée du corps du fémur et si elle est devenue libre au fond de la plaie, il faut se borner à l'extraire, car la séparation s'est faite le plus souvent au niveau des parties saines. Nous pensons que dans ce cas, à moins d'indications spéciales, à moins d'avoir la certitude que le corps du fémur est encore carié dans une petite étendue, il vaut mieux s'abstenir de toute autre opération, et ne pas reséquer l'extrémité du fragment fémoral comme l'a fait M. Simon (obs. LV).

Obs. LV. — Le sujet de cette observation est un petit garçon malade depuis plusieurs années et entré à Saint-Thomas hospital pour une carie tuberculeuse de la hanche. Il était très faible, très amaigri, éminemment scrofuleux et atteint de phthisie avancée. La coxalgie, déjà ancienne, s'accompagnait de suppuration, de fistules et de destruction de l'articulation elle-même. Un large abcès superficiel s'était formé à la cuisse et s'était ouvert. La tête du fémur cariée, entièrement dénudée, libre dans le fond de l'abcès, causait une si vive irritation que M. Simon l'enleva extemporanément, comme il l'aurait fait d'une balle ou d'une esquille, sans avoir d'autre but que de diminuer la gravité des symptômes présents. Il agrandit l'ouverture de l'abcès, luxa la tête du fémur, détachée spontanément, de ses attaches au bassin, et la scia. L'enfant, déjà dans un état avancé de phthisie, survécut quelques jours; mais la mort ne fut aucunement influencée par l'opération même (2).

D. *État des parties molles.* — La résection, avons-nous dit, n'est applicable qu'aux cas dans lesquels il y a une carie des surfaces articulaires, et dans ces circonstances les parties molles sont toujours plus ou moins malades. L'existence d'abcès péri-articulaires n'est pas une contre-indication, non plus que les fistules plus ou moins nombreuses qui sillonnent la région. L'opération aura pour résultat, en enlevant la cause de la maladie, de déterminer dans les tissus environnants un travail favorable à la cicatrisation.

(1) *The Lancet*, 1848, t. II, p. 415.
(2) *The Lancet*, 1857, t. II, p. 390.

M. Erichsen accorde à la situation des orifices fistuleux une assez grande importance, au point de vue du diagnostic du siége de l'affection osseuse :

1° Lorsque les fistules s'ouvrent sur la face externe de la région trochantérienne, vers les insertions du tenseur du fascia lata, la maladie a toujours le fémur pour origine ;

2° Quand elles s'ouvrent dans la région fessière, elles peuvent indiquer une carie du fémur, mais quelquefois aussi de l'os iliaque et de la cavité cotyloïde ;

3° Quand les ouvertures fistuleuses se montrent dans la région inguinale, on peut, presque à coup sûr, diagnostiquer la maladie de la portion antérieure de l'acétabulum, quelquefois celles du pubis ou de l'ischion. Si elles existent au-dessus du ligament de Fallope, il y a de fortes présomptions de croire à un abcès intra-pelvien.

Pour résumer les indications et les contre-indications de la résection de l'articulation fémorale, nous dirons qu'elle ne doit pas être considérée comme un mode de traitement de la coxalgie. C'est une opération exceptionnelle qui peut et doit être faite seulement dans les cas graves, et dans lesquels, soit par suite de l'étendue des désordres locaux, soit par le retentissement fâcheux qu'ils ont sur l'état général, la vie du malade est gravement compromise, lorsqu'enfin il ne reste que peu ou point d'espoir d'obtenir la guérison par les moyens ordinaires. C'est au chirurgien seul qu'il appartient de décider, dans chaque cas en particulier, de l'opportunité de l'opération ; les règles absolues sont impossibles ; on peut seulement poser, avec l'étude des faits, des indications générales.

La coxalgie, lorsqu'elle ne s'accompagne pas d'abcès et de carie, lorsqu'elle conserve cette forme que l'on peut appeler *arthrite fongueuse*, ne comporte pas la résection.

L'immobilité prolongée, aidée d'un traitement général et des moyens locaux appropriés, amène assez souvent alors la guérison. L'ankylose, que l'on obtient dans ces cas, n'empêche pas le membre d'être assez utile pour la marche, à la condition toutefois qu'on aura pris soin de le maintenir dans la rectitude.

La résection ne paraît pas devoir être tentée dans les cas de *coxalgie*

à marche aiguë, s'accompagnant de fièvre et de réaction inflammatoire intense. Une seule fois, elle fut pratiquée dans ces circonstances par Fock (obs. LXXXIII); la mort suivit rapidement l'opération.

Il pourra y avoir doute sur l'opportunité de l'opération dans les cas chroniques qui s'accompagnent d'abcès articulaires. La durée de la maladie est alors très longue; des fistules s'ouvrent sur les différents points qui entourent l'articulation et donnent passage à une suppuration séreuse qui, par sa nature et son abondance, épuise le malade. Presque toujours la luxation spontanée s'est produite. Si la guérison s'obtient avant que les os ne soient gravement atteints, elle se fait longtemps attendre, et elle ne laisse après elle qu'un membre amaigri, déformé par la luxation, fléchi souvent sur le bassin, trop court pour permettre la marche qui n'est possible qu'à l'aide de béquilles.

Bien que dans cette forme de la maladie, il soit rare que l'érosion et la disparition même des cartilages n'aient pas déterminé un commencement d'altération osseuse, surtout des bords de la cavité cotyloïde, cependant la résection n'est pas indiquée tant que l'état général n'inspire pas de craintes sérieuses pour la vie du malade.

Mais si l'abondance de la suppuration, un long séjour au lit, ont déterminé un affaiblissement tel que la constitution ne paraisse pas pouvoir faire les frais de l'expulsion et de la réparation des parties osseuses cariées ou nécrosées; si la vie du sujet est en péril; si les os sont cariés dans une assez grande étendue, surtout si la luxation spontanée s'est produite, la résection est formellement indiquée. L'implication de la cavité cotyloïde, loin d'être une contre-indication, rend au contraire, lorsqu'elle n'est pas au-dessus des ressources de l'art, l'opération nécessaire; car, en permettant d'enlever les parties cariées de l'os iliaque, elle peut presque seule empêcher la maladie de faire de nouveaux progrès et de déterminer la formation d'abcès intra-pelvien, qui amèneront d'une manière à peu près certaine une terminaison fatale.

Sans doute, dans ces cas graves, il y a moins d'espoir de succès, et le chirurgien s'expose à un revers probable; mais il ne doit pas oublier qu'il ne doit avoir pour guide de sa conduite que l'intérêt du malade et non le désir de tirer honneur d'une opération heureuse.

Cependant, quoique les règles morales soient absolues, il a aussi le droit de ne pas s'exposer à voir attribuer uniquement à l'opération faite, et

non à la maladie pour laquelle on l'a pratiquée, une terminaison fatale presque inévitable. Souvent le doute existe sur l'étendue des désordres profonds; l'irrégularité des trajets fistuleux empêche la sonde d'arriver sur les os et de constater ainsi directement la réalité d'une carie sur l'existence de laquelle existent les plus fortes présomptions. C'est alors qu'une sorte d'opération exploratrice, souvent mise en usage dans les cas de résection, pourra être utilement employée. Les abcès seront incisés plus largement, ce qui dans tous les cas aura pour avantage de donner une plus libre issue à la suppuration ; une incision pourra réunir deux trajets fistuleux contigus ou peu éloignés, les parties deviendront ainsi plus facilement accessibles. Si la carie n'existe pas, cette opération préliminaire sera sans inconvénient; si elle existe, la résection pourra être pratiquée en connaissance de cause et sans crainte de faire courir au malade des dangers inutiles par une opération intempestive. Une carie peu étendue pourra encore justifier la résection, lorsque la mauvaise position que l'on aura laissé prendre à la jambe affectée ne devra laisser au malade, dans le cas même d'une guérison spontanée possible mais très incertaine, qu'un membre ankylosé, tellement déformé et dans une situation telle, que la marche, même avec des béquilles, serait très difficile.

S'il ne faut pas se décider sans des motifs suffisants à pratiquer une opération presque toujours sérieuse, il ne faut pas non plus attendre trop longtemps et laisser perdre, dans un espoir mal fondé ou basé sur un examen incomplet et une appréciation insuffisante des chances qui restent au malade, le seul moyen de le guérir. Les indications que nous avons résumées ne sont que l'expression de la généralité des faits, elles ne sont pas absolues ; aussi croyons-nous pouvoir dire avec M. Hancock :

« En nous décidant sur l'opportunité de la résection, nous devons » être guidés sur l'état du malade et non par les degrés de la ma- » ladie, toujours arbitrairement fixés ; et quoique j'aie constamment » repoussé et que je repousse les opérations qui ne sont pas absolument » nécessaires, je crois qu'il est de notre devoir, quand nous avons » acquis la certitude que nous avons affaire à une coxalgie, que le ma- » lade est mourant et qu'il n'y a aucun espoir fondé de le sauver par » les moyens ordinaires, de faire ou au moins de lui proposer la résec- » tion, sans nous préoccuper si, pathologiquement parlant, la maladie

» est à telle ou telle période, si la tête du fémur est luxée ou non, » l'acétabulum sain ou malade. »

ART. V. — OPÉRATION.

La facilité de l'opération diffère suivant que la coxalgie s'accompagne ou non de luxation spontanée ; cependant, dans l'un comme dans l'autre cas, la résection peut être considérée comme très facile, même si on la compare à celle des autres articulations, telles que le coude, l'épaule et le genou. Cependant, lorsque la carie s'accompagne de la formation de stalactites osseuses étendues du fémur à l'os iliaque qu'elles réunissent, la difficulté augmente et l'opération devra être modifiée dans quelques-unes de ses parties.

Les différences qui existent entre les divers procédés proposés ou pratiqués par les auteurs qui se sont occupés de la question portent surtout sur l'incision des parties molles.

White (de Manchester), qui n'opéra que sur le cadavre, proposa une simple incision sur le côté externe de l'articulation. White (de Westminster) fit aussi une seule incision commençant à un pouce au-dessus de la tête fémorale et finissant à deux pouces au-dessous. C'est cette incision qu'adoptèrent Vermandois (1) et Rossi (2). M. Fergusson y eut également recours dans sa première opération ; mais depuis il modifia ce procédé en ajoutant à sa première incision une deuxième incision transversale répondant à la partie postérieure de l'articulation. C'est ce procédé qu'a adopté M. Ericksen, suivi par un grand nombre d'autres opérateurs.

L'incision longitudinale est faite immédiatement au-devant du grand trochanter, commençant un peu au-dessus de cette apophyse, et s'étendant à une distance variable, selon le développement et l'âge du sujet, le long de la face externe du membre.

« Il ne faut point laisser, dit M. Bazire, un trop grand intervalle entre elle et le trochanter, c'est-à-dire la faire trop en avant, non pas que l'artère fémorale ou le nerf crural courent le risque d'être blessés, mais parce que l'on pourrait diviser quelques-unes des branches ascen-

(1) *Journal de médecine*. Paris, 1784, t. LXVI, p. 69.
(2) Rossi, *Éléments de médecine opératoire*, t. II, p. 225.

dantes de l'artère circonflexe externe et causer ainsi une hémorrhagie qu'il faut chercher à éviter. La seconde incision croise le grand trochanter, mais ne doit point s'étendre trop loin en arrière de peur de blesser le grand nerf sciatique.

Quelques opérateurs ont allongé cette incision horizontale, ou, si l'on veut, en ont fait une seconde en dedans de l'incision verticale, de manière à la rendre cruciale et à produire ainsi quatre petits lambeaux triangulaires.

Cependant M. Fergusson n'emploie pas toujours son incision en T, et dans l'opération faite devant nous sur le malade de l'observation XVII, une section verticale fut faite non plus en avant ou sur le grand trochanter, mais en arrière de cette éminence. M. Ericksen paraît aussi avoir modifié en ce sens son procédé, à peu près le même, du reste, que celui de M. Fergusson.

Roux, dans l'opération qu'il pratiqua en 1847, fit une incision curviligne entre le grand trochanter et la tête fémorale placée sur l'ischion. Cette incision, perpendiculaire à l'axe du col et à peu près parallèle aux fibres du grand fessier, fut menée jusqu'au-dessous du grand trochanter.

M. Velpeau préfère un lambeau semi-lunaire à convexité inférieure, étendue de l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à l'ischion (1).

M. Sédillot conseille le même lambeau, mais moins long ; de plus, il propose de renverser l'incision de manière à placer sa convexité en haut et non en bas, comme le fait M. Velpeau (2).

Textor père fit une incision demi-elliptique commençant à un pouce au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure et circonscrivant le grand trochanter, le long duquel elle descend en arrière dans l'étendue de six pouces environ. Ce procédé, proposé par Billroth après des essais pratiqués sur le cadavre, est également celui qu'a employé M. Fock, et c'est aussi celui qu'il décrit dans son mémoire.

De tous ces procédés d'incision, quel est le meilleur? Autant il est difficile de résoudre la question envisagée ainsi d'une manière générale, autant il est facile de le faire dans les cas particuliers. Or, quelles sont les indications : faire le moins de dégât possible dans les parties molles; éviter de blesser les vaisseaux et les nerfs qui avoisinent l'articulation,

(1) *Nouv. élém. de médecine opératoire*, t. III.
(2) *Traité de méd. opér.*, t. I, p. 514.

arriver sûrement et facilement sur la cavité cotyloïde, afin, s'il est besoin, d'y porter l'action des instruments.

Lorsqu'il existe des fistules ouvertes largement à l'extérieur, des clapiers, des décollements, il faut, autant que possible, les comprendre dans l'incision, afin de pouvoir retrancher ce qui ne paraît pas devoir faire les frais d'une bonne cicatrisation.

Lorsqu'une luxation spontanée s'est produite, on pourra faire porter l'incision directement sur le grand trochanter déplacé. Cette luxation appartenant presque toujours à la variété iliaque, le trochanter répond en général, dans ces cas, au niveau de la cavité cotyloïde; il n'est plus besoin d'inciser ni la capsule, ni le ligament rond, pour faire saillir la tête, et l'on pourra avec la plus grande facilité l'amener à l'extérieur en tournant le genou dans l'adduction forcée et en tirant le haut de la cuisse en dehors.

Mais lorsque les tissus avoisinant l'articulation présentent cette induration lardacée si fréquente dans ces circonstances, on pourra joindre à cette incision verticale, une seconde section transversale, soit en T, soit cruciale. En règle générale, il ne faut pas perdre de vue que dans ces cas comme dans beaucoup d'autres, un peu plus, un peu moins de tissus incisés ne change pas beaucoup la gravité de l'opération, tandis qu'il importe de pouvoir, par un examen sérieux, s'assurer si la cavité cotyloïde est saine ou malade; car il faut dans ce dernier cas préciser l'étendue du mal, afin de l'attaquer sûrement, ce qu'on ne pourrait faire, si l'on était gêné par une incision trop étroite qui rétrécit outre mesure le champ de l'investigation.

Si, au lieu d'une luxation iliaque, il existait une luxation ilio-pubienne, comme dans les cas de Stanley et de Walton, ou une luxation ischiatique, comme dans les observations de Roux et de Coote, on modifierait l'incision, car il faudrait dans le premier cas éviter la blessure des nerfs et des vaisseaux cruraux, et dans le second celle du nerf sciatique. Dans le cas de M. Coote (obs. XXXIX), ce nerf passait obliquement sur la tête fémorale déplacée.

Quelle est l'incision qu'il faut préférer lorsque la luxation spontanée ne s'est pas produite? D'après l'opinion de la plupart des opérateurs, et d'après les essais cadavériques, nous rejetons les incisions faites *directement* sur le grand trochanter, qu'elles soient semi-lunai-

res. verticales, convexes en haut ou en bas. En effet, si avec ces procédés on arrive facilement sur le corps du fémur, on est très éloigné de la capsule et de la partie pelvienne de l'articulation, et l'on peut difficilement exécuter la luxation. Il nous paraît préférable de faire, comme Billroth, Roux, Fergusson, Fock, une incision semi-elliptique commençant à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, et contournant en arrière le grand trochanter dont elle reste toujours éloignée d'un ou deux travers de doigt, suivant l'âge du sujet. Cette incision sera facilitée par la flexion préalable de la cuisse sur le bassin. Elle est suffisamment éloignée du nerf sciatique pour qu'on n'ait pas à craindre sa blessure, si toutefois on use de précautions convenables, et elle mène directement sur la partie postérieure de la capsule, qu'on peut ainsi inciser facilement. On coupe, il est vrai, en travers les trois muscles fessiers dans presque toute leur étendue, ainsi que les attaches fémorales des muscles de la région pelvi-trochantérienne, mais cela importe peu, puisque la portion d'os à laquelle ces muscles s'insèrent devra presque toujours être enlevée dans l'opération.

Lorsque la capsule a été mise à nu par l'incision faite en arrière, on la coupe en promenant le bistouri sur la tête fémorale dans l'étendue de sa demi-circonférence postérieure et l'on ouvre largement l'articulation ; il suffit alors de fléchir la jambe du malade, de saisir d'une main le genou, de l'autre le cou-de-pied, et de faire exécuter au fémur mis dans l'adduction et la semi-flexion sur le bassin, un mouvement de rotation en dedans sur son axe, pour faire saillir en arrière la tête fémorale à travers la boutonnière que lui présentent la capsule et les parties molles incisées.

Le ligament rond s'oppose à peine à la luxation complète, souvent il se rompt, souvent même il a été détruit par la maladie ; dans tous les cas, on en opère facilement la section en glissant le bistouri le long de la tête fémorale.

L'extrémité supérieure du fémur fait alors saillie entre les lèvres de la plaie extérieure, il suffit pour la dégager complétement de couper ce qui reste de la capsule, et de mener le couteau le long de la face interne de l'os, afin de le détacher de ses insertions musculaires.

La section pourra presque toujours être faite avec la scie ordinaire, en ayant soin de protéger contre l'action de l'instrument les parties

molles profondes, au moyen d'une lame de carton ou mieux d'une petite attelle.

On peut aussi se servir avec avantage de la scie de M. Butcher ou de celle de M. Mathieu, et opérer la section de dedans en dehors.

Quelquefois cependant, surtout chez les enfants et lorsque la tête seule est malade, une cisaille tranchante suffira pour couper le col du fémur à sa base.

Lorsque la section est effectuée, il faut examiner avec soin la surface de la coupe, pour voir si tout ce qui est malade a été enlevé; parfois une deuxième résection sera nécessaire, et l'on pourra être ainsi amené à faire porter l'action de la scie jusqu'au niveau et même au-dessous du petit trochanter.

Que faire cependant si la maladie s'étend au corps même du fémur? Ce sera au chirurgien à prendre conseil des circonstances, à voir s'il doit pratiquer la désarticulation, cette opération si grave, ou s'il vaut mieux laisser courir à l'opéré les chances de l'élimination spontanée et de la réparation des parties encore malades. Si la section devait porter un peu bas, il faudrait chercher, en conservant le périoste, à procurer au malade la chance d'une réparation osseuse. Du reste, ce cas ne s'est pas présenté, et cela se comprend assez facilement. Une carie aussi étendue ne saurait exister sans de nombreuses fistules qui peuvent presque toujours indiquer d'avance l'étendue probable des désordres, et empêcher de tenter une résection à peu près impraticable dans ces circonstances.

Si la section du fémur doit suivre la luxation, il est cependant des cas exceptionnels dans lesquels elle devra la précéder. Lorsque des stalactites osseuses ont réuni les deux os contigus, on se trouve quelquefois réduit pour les séparer à employer la gouge et le maillet; quelquefois aussi l'articulation de la hanche a perdu par la formation de liens fibreux presque toute sa mobilité, il faut alors commencer par faire la section du fémur, ce qui permettra, en l'écartant, de faire agir plus aisément les instruments qui doivent ouvrir la capsule, et de tirer l'extrémité articulaire dans toutes les directions. Un tire-fond implanté dans l'épaisseur de la tête fémorale facilitera beaucoup ce temps de l'opération en augmentant un peu la longueur du bras de levier sans gêner l'opérateur.

La luxation forcée doit être, sauf ces cas *exceptionnels*, produite avant de pratiquer la section du fémur. Il faut, pour l'opérer facilement, pouvoir se servir de la cuisse et de la jambe comme d'un levier, dont on diminuerait considérablement la puissance, si par la section préalable du fémur avec la scie à chaîne on en réduisait la longueur à quelques centimètres.

Nous nous élevons fortement contre le principe généralisé par M. Chassaignac en 1844, et reproduit de nouveau (1), celui de ne pratiquer qu'une seule incision et de faire la section de l'os avant la désarticulation. L'expérience est absolument contraire à ces propositions. Dans un cas, M. Jones (de Jersey) crut devoir faire d'abord la section de l'os; il eut les plus grandes peines à dégager la tête fémorale (obs. XXXIX, p. 495), et cet habile chirurgien ajoute : « L'opération fut à la fois longue et pénible, surtout par suite de la difficulté de détacher la partie de l'os scié, peut-être aussi parce que je ne fis pas une autre incision à angle droit avec la première, ce qui, j'en suis certain, m'eût fort facilité l'opération. »

Pour nous former sur ce point une conviction complète, nous avons répété un grand nombre de fois sur le cadavre la résection de la hanche; l'intégrité de la longueur du fémur est indispensable pour pratiquer *facilement* la luxation forcée, lorsque la tête est encore dans la cavité cotyloïde, et l'on se créerait à plaisir d'inutiles difficultés en faisant d'abord la section de l'os. Enfin nous ajouterons (non plus seulement pour la résection de la hanche, mais pour toutes les résections articulaires) : nous nous élevons fortement contre le précepte de M. Chassaignac, parce que le chirurgien doit enlever tout ce qui lui paraît malade, *mais ne doit enlever que cela*. Si l'on opère à une hauteur arbitraire la section de l'os, elle pourra être insuffisante ce qui n'est qu'un danger, mais elle pourra retrancher une portion d'os qu'il eût été bon et profitable au malade de conserver et cette section trop considérable est alors une faute.

Le fémur enlevé, il faut s'assurer avec le plus grand soin de l'état de la cavité cotyloïde. Tout ce qui est carié doit, autant que faire se peut, être enlevé, soit avec la pince coupante, soit avec la gouge, le ciseau et

(1) *Traité des opérations chirurgicales*, 1861, t. I, p. 615.

le maillet, lorsque cela est nécessaire. L'usage des scies à résection, d'un emploi difficile partout, est encore plus difficile ici où il faut agir à une assez grande profondeur.

Les fongosités articulaires doivent être enlevées avec le plus grand soin, c'est là un point d'une assez grande importance dans toutes les résections ; il faut mettre toute la surface de la plaie en état de fournir les éléments d'une bonne cicatrisation, mais il ne faut pas exagérer ce précepte, et l'on ne doit pas oublier que les parties molles, en apparence très malades, se modifient rapidement et profondément dans leur aspect et leur nature une fois que l'os malade a été enlevé.

Lorsque la maladie dure depuis longtemps et que la cuisse a conservé pendant plusieurs mois une position vicieuse dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans, il est quelquefois difficile de lui rendre sa rectitude, même pendant le sommeil chloroformique. Il s'est opéré dans les muscles habituellement raccourcis, une rétraction permanente des tissus, le plus souvent cette rétraction porte sur les muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse, et l'opération faite, il est difficile de rendre immédiatement au membre sa rectitude. Quoique cette difficulté se rencontre plus souvent dans la résection du genou que dans celle de la hanche, elle a aussi été rencontrée dans cette dernière. Il faut alors chercher à étendre de force le genou fléchi, en usant toutefois de ménagements convenables de peur d'amener des ruptures musculaires. L'extension permanente graduellement plus puissante viendra presque toujours à bout de cette rétraction, mais parfois on pourra avoir à faire la ténotomie sous-cutanée des muscles biceps, demi-tendineux et demi-membraneux ; en un mot il faut faire tous ses efforts pour rendre au membre sa direction rectiligne, car si on le laissait dans la flexion, il ne pourrait plus tard être pour le malade d'aucune utilité.

L'opération terminée, la plaie pourra être rapprochée à ses extrémités au moyen de quelques points de suture à points séparés, mais il faut interposer à sa partie moyenne et entre ses deux lèvres, une large mèche ou des bourdonnets de charpie, afin de maintenir une ouverture béante et un écoulement facile à la suppuration.

En résumé, d'après la lecture des observations, d'après ce que nous avons vu et les essais auxquels nous nous sommes livré sur le cadavre,

voici le procédé opératoire qui nous a paru devoir être préféré. Nous supposons le cas le plus difficile, celui où la luxation spontanée ne s'est pas produite.

Opération. — Le malade soumis à l'action du chloroforme est couché sur le côté sain. La jambe est fléchie légèrement sur la cuisse, fléchie elle-même sur le bassin. L'opérateur, placé en arrière du malade, pratique sur la hanche une incision curviligne à concavité antérieure et inférieure, commençant à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, passant au-dessus du grand trochanter, éloignée de cette apophyse d'un ou plusieurs travers de doigt (suivant l'âge de l'opéré), et se prolongeant en bas jusqu'au niveau de la base de cette éminence. La partie inférieure de l'incision passant ainsi en arrière du fémur doit répondre au niveau de la jonction de la tête avec le col. Cette incision menée franchement jusqu'à l'os iliaque intéresse les muscles fessiers, et les tendons des jumeaux et obturateur interne qui sont divisés près de leur insertion au fémur. Si l'incision verticale est insuffisante, on en fait en avant une seconde transversale. La partie postérieure de la capsule et le rebord de la cavité cotyloïde apparaissent alors au fond de la plaie. Le segment postérieur de la capsule articulaire est incisé sur la tête fémorale qui la soulève et la tend assez fortement dans la position donnée au membre. L'articulation ouverte, l'aide saisissant de la main gauche le genou fléchi et le cou-de-pied de l'autre main, agit sur le fémur pour lui faire éprouver un double mouvement de rotation en dedans sur son axe et d'adduction forcée; la tête, même sur le cadavre, quitte facilement alors le fond de la cavité cotyloïde, il suffit de couper le ligament rond, ce qui dans les coxalgies n'est presque jamais nécessaire, pour faire saillir la tête à travers la plaie. On coupe la partie postérieure de la capsule, on détache du grand trochanter et en rasant le fémur, les muscles qui s'y insèrent jusqu'au niveau de l'endroit où l'on veut faire la résection, et l'on pratique la section de l'os, soit au moyen de la scie ordinaire ou de celle de Butcher, soit au moyen de la scie à chaîne ou des cisailles tranchantes. M. Fergusson conseille même dans les cas où la maladie n'atteint que la tête et le col, de faire porter la section à la base du grand trochanter pour éviter la tendance qu'a cette apophyse de faire saillie entre les lèvres de la plaie. Cependant, malgré cet inconvénient,

nous pensons que, si la maladie est manifestement bornée à la tête, on devra faire porter la section sur le col du fémur, car le plus souvent la résection est pratiquée chez les enfants, et il ne paraît pas indifférent, au point de vue de l'accroissement futur de l'os reséqué, de conserver la plus grande partie possible de la diaphyse et, quand cela se peut, une portion de l'épiphyse.

Si la cavité cotyloïde est difficilement accessible, on pourra convertir l'incision verticale en une incision en T au moyen d'une section horizontale contournant le fémur. La cavité cotyloïde sera, s'il y a lieu, fouillée avec la gouge, la rugine et la pince à résection.

ART. VI. — TRAITEMENT CONSÉCUTIF.

Le traitement consécutif à l'opération de la résection présente beaucoup d'importance. Il faut chercher à modifier la constitution presque toujours mauvaise de l'opéré, afin de lui permettre de supporter la perte d'une assez grande quantité de suppuration, et de faire les frais de la réparation des os avivés.

Le malade devra être, autant que possible, placé dans le décubitus dorsal. Cette position est quelquefois difficile à garder pendant un assez long temps à cause de la tendance aux eschares du sacrum, et à la situation de la plaie placée plus ou moins à la partie postérieure de la cuisse. Aussi quelques chirurgiens ont-ils proposé de faire reposer l'opéré sur le côte sain. Cette position est des plus mauvaises. Le membre reséqué n'étant plus soutenu tend à s'incliner dans l'adduction, en croisant la cuisse opposée, et le résultat de cette position serait de faire saillir le grand trochanter entre les lèvres de la plaie ; il faut donc employer, toutes les fois que cela ne sera pas impossible, le décubitus dorsal.

Même après avoir fait l'incision curviligne au-dessus et en arrière du grand trochanter, on peut encore faire reposer le malade sur le dos, car la saillie des fesses et du sacrum empêche la plaie d'appuyer sur le plan du lit.

Plusieurs moyens ont été employés pour s'opposer à la formation des eschares, ou pour diminuer leurs inconvénients quand elles étaient produites. Le matelas imperméable rempli d'eau (*water-bed*) a été plusieurs fois employé avec avantage en Angleterre après les résections de

la hanche; on peut le remplacer par des coussins de même nature ou remplis à la manière ordinaire, mais placés de façon à empêcher toute compression sur les points qui menacent de s'escharifier.

Nous avons vu employer à l'hôpital de King's college par MM. Bowman et Fergusson un appareil imaginé par M. Heath, ancien interne de cet établissement. Cet appareil, qui porte le nom de son inventeur (*Heath's swing*), est, comme son nom l'indique, un berceau, une sorte de hamac, analogue à celui de Salter que nous avons décrit pour la résection du genou.

Il se compose d'une forte toile à voile, rattachée à un cadre ayant quelque analogie avec les cerceaux dont nous nous servons pour soutenir les couvertures dans les cas de plaies ou de fractures des membres. La partie sur laquelle doit reposer le poids du corps est matelassée et rembourrée soigneusement avec du coton cardé, des ouvertures pratiquées dans la toile permettent le pansement des eschares s'il en existe, et la sortie facile des évacuations alvines. Quoiqu'il ait été employé assez souvent avec succès, non-seulement en Angleterre, mais encore en Allemagne par Fock, cet appareil nous paraît avoir un assez grand inconvénient. Les chairs n'étant plus soutenues au niveau de l'échancrure pratiquée, tendent à venir faire hernie à travers l'ouverture et à se couper douloureusement sur les bords qui la circonscrivent. Cependant, malgré cet inconvénient, qu'il ne faut pas non plus exagérer, le berceau de Heath peut rendre et a rendu de grands services, surtout dans les cas où il y avait complication d'eschares au sacrum.

Le membre opéré est assez souvent légèrement fléchi : il faut chercher à corriger cette flexion lorsqu'elle existe, ou l'empêcher de se produire; il faut en même temps s'opposer à la rotation de la cuisse en dedans ou en dehors. On sait avec quelle prédilection les malades affectés de coxalgie adoptent cette position semi-fléchie et croisent la cuisse malade sur le membre sain. On peut, pour maintenir la jambe et la cuisse dans la rectitude, se servir simplement de coussins convenablement disposés, l'emploi d'une attelle ordinaire aurait le grand inconvénient de nécessiter des déplacements à chaque pansement et par suite de vives douleurs. Nous avons vu employer à King's college et dans la plupart des hôpitaux de Londres un appareil fort simple qui rend de grands services dans les cas de fractures avec plaies, de résections ar-

ticulaires, etc., c'est l'appareil de Liston, modifié toutefois d'une manière notable. Il consiste en une attelle très longue, s'étendant depuis le thorax jusqu'au delà de la plante du pied; c'est la grande attelle de Boyer allongée jusqu'aux fausses côtes; mais ce qui la distingue, c'est qu'à sa partie moyenne, au niveau de l'endroit qui correspond à la plaie, elle est interrompue et remplacée là par un demi-cercle de fer, solidement fixé à ses deux extrémités et reliant ainsi l'une à l'autre les deux moitiés de l'attelle, en même temps qu'il permet au chirurgien d'atteindre facilement la plaie, de changer les pièces de pansement, sans déranger en rien l'appareil lui-même.

Les coussins qui protégent le tronc, le bassin et la jambe du contact de l'attelle n'étant pas exposés à être souillés par la suppuration, ne doivent pas être renouvelés, et l'immobilité du membre peut être conservée pendant toute la durée du traitement, quelle que puisse être la fréquence des pansements.

Quelques chirurgiens ont proposé comme méthode générale et pratique l'extension permanente très peu de temps après l'opération, afin de redresser le genou fléchi et s'opposer à l'ascension du fémur. Cette manière de faire nous paraît avoir quelques inconvénients. Pour qu'elle puisse être de quelque utilité, l'extension doit être faite avec une certaine force, elle peut avoir pour effet d'augmenter l'inflammation, et par suite aller contre le but cherché en augmentant la tendance des muscles à la rétraction. De plus, en admettant même qu'elle puisse abaisser notablement le fémur, il faut se rappeler qu'il importe avant tout d'avoir une fausse articulation solide, ce qui pourrait ne pas arriver si on laissait trop de distance entre le fémur et l'os iliaque. Peut-être après quelques jours l'extension pourrait-elle être plus utile lorsque la cuisse est restée légèrement fléchie sur le bassin, ou que le fémur, luxé avant l'opération sur l'os iliaque est remonté au-dessus de la cavité cotyloïde, ce qui donnerait après la guérison un degré de raccourcissement trop considérable.

Lorsque la guérison est très avancée, Fock conseille peut-être avec raison de recourir à l'extension, non plus pour allonger le membre et faire descendre le fémur, mais pour remédier insensiblement à l'inclinaison du bassin, qui existe dans presque tous les cas de coxalgie avancée. Cependant, lorsque le malade se lève, le raccourcissement même du

membre opéré tend à faire disparaître cette ascension vicieuse du bassin, puisque le tronc devra s'incliner légèrement pour permettre à la plante du pied d'atteindre le sol.

Lorsque l'extension permanente est jugée utile, M. Fergusson, pour éviter le refoulement en dehors de l'extrémité supérieure du fémur et des parties molles de la cuisse par le lien contre-extenseur, fixe une espèce de collier à la racine de la cuisse opposée, et c'est sur lui que vient s'attacher la bande qui doit faire la contre-extension.

Lorsqu'on veut redresser le genou plus ou moins fléchi, on se sert de l'attelle interrompue que nous avons décrite plus haut, comme moyen de redressement, mais on y ajoute une semelle qui glisse au moyen d'une vis dans une rainure de l'attelle, dont on peut ainsi modifier la longueur.

Le pansement de la plaie consécutive à la résection doit être aussi simple que possible. Quelques compresses imbibées d'eau simple, recouvertes d'un peu de taffetas gommé et quelques bandelettes de diachylon retenant le tout, tel est le moyen le plus ordinairement employé dans les premiers jours. On les remplace en général lorsque la suppuration est établie par des fomentations émollientes ou des cataplasmes. Plus tard quelques bandelettes de charpie anglaise mouillées d'eau froide, ou des compresses trempées dans une solution légèrement astringente s'il est nécessaire d'exciter un peu la cicatrisation suffiront jusqu'à la guérison. Fock conseille l'emploi de coton recouvert d'une pommade au nitrate d'argent comme pansement ordinaire, son utilité ne nous paraît qu'exceptionnelle. Ce qu'il importe surtout, c'est d'éviter les douleurs qu'amènent les mouvements que nécessitent des pansements trop compliqués.

Mais il est un point de la thérapeutique consécutive à l'opération qu'il ne faut pas négliger, c'est le traitement général et l'alimentation. Les opérés sont presque toujours plus ou moins lymphatiques et scrofuleux, les préparations de fer, de quinquina, l'huile de foie de morue seront employées avec avantage.

L'alimentation doit être autant que possible largement réparatrice. C'est sur ce point surtout que la chirurgie anglaise s'éloigne de la nôtre, quoique cependant quelques chirurgiens français aient abandonné la pratique ancienne et nourrissent assez largement leurs amputés. Les

alcooliques à doses assez élevées sont souvent employés dans les hôpitaux de Londres. On peut en juger par l'exemple suivant (obs. LVII). Le jour de l'opération, eau-de-vie à six heures; à 9 heures du soir 100 grammes de vin et 100 grammes de cognac; à minuit un peu de cognac toutes les demi-heures. Le lendemain le cognac est porté à 150 grammes. Le troisième jour on le remplace par du rhum, et l'on ne suspend les alcooliques que sur l'apparition d'un érysipèle.

Une hygiène hospitalière meilleure, des soins de propreté minutieux, une alimentation aussi réparatrice que possible, l'usage des alcooliques de toute nature et sous toutes les formes, joint à une grande simplicité dans les pansements, telles sont les principales différences qui séparent la pratique hospitalière anglaise des habitudes suivies dans nos hôpitaux.

Ceux mêmes de nos chirurgiens qui sont entrés le plus largement dans la voie de l'alimentation après les opérations, sont loin encore d'arriver à égaler sur ce point nos confrères d'Angleterre.

Déjà en 1859, dans un mémoire sur la résection du genou présenté à la Société de chirurgie, nous avons cherché à attirer l'attention sur un fait de la plus haute gravité : la différence considérable dans le chiffre de la mortalité consécutive aux amputations de cuisse, en Angleterre et en France, différence que la statistique comparée constate en faveur de l'Angleterre. L'année suivante, M. Topinard qui avait suivi notre exemple et était allé aussi passer plusieurs mois dans les hôpitaux de Londres, étendit dans sa thèse inaugurale (1), aux autres opérations, la comparaison défavorable et l'infériorité que nous avions signalée pour les amputations de cuisse.

Les faits nombreux dont nous avons été témoin en Angleterre, quelques observations personnelles nous font partager sur l'influence de l'alimentation consécutive aux opérations, les convictions et la pratique des chirurgiens anglais. Le prix du vin, des alcooliques, est beaucoup plus élevé en Angleterre qu'en France, et cependant, malgré des ressources pécuniaires puisées uniquement dans la charité privée, les administrations des hôpitaux de Londres n'apportent aucune restriction à la prescription des aliments, des alcooliques, des vins de toute nature, bordeaux, xérès, et même du vin de Champagne.

(1) Topinard, *These inaugurale*, 1860.

En France il n'en est pas ainsi, et malheureusement les chirurgiens trouvent à cet égard dans nos règlements hospitaliers des règles prohibitives (1).

Le pansement de la plaie doit être aussi simple que possible, un peu de charpie, quelques compresses trempées dans l'eau simple ou quelque solution médicamenteuse suffisent le plus souvent jusqu'à la fin du traitement.

Aussitôt que la consolidation paraît assurée et que l'on ne craint pas de réveiller de l'inflammation, il faut chercher à amener un peu de mobilité dans la nouvelle articulation. On retire alors l'attelle et l'on imprime au membre des mouvements légers qu'on augmente graduellement.

Lorsqu'on se croit à l'abri du retour de toute inflammation, il est bon de faire lever les malades, de les faire se reposer sur un fauteuil ou une chaise longue, puis de leur faire faire quelques pas dans la salle avec des béquilles. Il ne faut pas attendre pour cela que la plaie soit complétement cicatrisée, car il reste souvent pendant un assez long temps des ouvertures fistuleuses qui se ferment peu à peu.

On augmente aussi graduellement chaque jour la durée et la longueur de la promenade, mais il faut laisser le malade juge du moment où il peut sans inconvénient abandonner une béquille pour une canne ou essayer de marcher sans aide et sans soutiens.

Le raccourcissement qui suit toujours la résection nécessite un moyen prothétique destiné à empêcher ou à diminuer la claudication. Un soulier à haut talon suffit dans la plupart des cas, quelquefois cependant une sorte d'étrier a été nécessaire lorsque le raccourcissement était plus considérable, par suite souvent d'une légère flexion permanente du genou.

L'extrémité inférieure d'abord peu solide, le devient peu à peu par l'exercice et le malade ne tarde pas à s'appuyer avec confiance sur le

(1) Art. 11. — *Aliments.* — Le nombre des portions de vin et de lait est subordonné aux prescriptions des médecins. Ces deux boissons peuvent être prescrites à l'exclusion l'une de l'autre ou simultanément au même malade, *pourvu* que les quantités réunies de l'une ou de l'autre espèce n'excèdent pas cinq portions (40 centilitres).

Néanmoins les malades à une ou deux portions d'aliments ne peuvent recevoir plus de trois portions de vin (24 centilitres).

(Arrêté du 23 février 1853, n° 10431 du Recueil administratif.)

membre opéré. S'il est utile dans les derniers temps de la cicatrisation de la plaie de faire exécuter des mouvements passifs afin d'augmenter l'étendue de la mobilité de l'articulation nouvelle, il ne faut pas les faire trop tôt, de peur de dépasser le but et d'obtenir une union articulaire beaucoup trop lâche et peu solide.

ART. VII. — STATISTIQUE DE LA RÉSECTION COXO-FÉMORALE (1).

On a cherché à infirmer d'avance les résultats statistiques fournis par les résections articulaires, en niant ou au moins en suspectant l'exactitude complète des observations ; en objectant que les cas heureux avaient surtout été publiés; enfin, en disant que cette opération avait été souvent pratiquée sans raisons suffisantes.

Sous le rapport de l'exactitude des observations et de la sincérité des résultats qu'elles constatent, je ne ferai certes pas à des hommes tels que MM. Fergusson, Erichsen, Price, Jones, etc., l'injure de les défendre, leurs noms commandent le respect, et ce qu'ils disent avoir constaté doit être cru sur parole; mais je dirai seulement que l'organisation de la plupart des hôpitaux anglais rend les chefs de service solidaires les uns des autres. Une même salle reçoit mélangés et confondus les malades des chirurgiens d'un hôpital; les opérations sont presque toujours décidées en commun; elles sont pratiquées toujours en présence des élèves et des collègues de l'opérateur.

(1) Depuis la lecture de ce travail devant l'Académie, la publication dans les *Archives générales de médecine*, d'un mémoire remarquable de Fock (de Magdebourg), sur le même sujet, nous a permis d'ajouter au nôtre une partie des observations allemandes qui nous faisaient défaut. Les chiffres de notre première statistique se sont trouvés nécessairement modifiés. On trouvera quelques différences dans le nombre des faits consignés dans le tableau de Fock et dans le nôtre. Cela tient à ce que cet auteur a repoussé ou n'a pas connu quelques observations que nous avons cru suffisamment authentiques pour pouvoir être admises; qu'il en adopté quelques autres, celle de M. Maisonneuve, par exemple, qui ne doivent pas figurer comme résection de la hanche, enfin, à ce que quelques observations nous ont paru faire double emploi. C'est ainsi que M. Fock a considéré comme des faits distincts deux observations de M. Ure, publiées dans des recueils différents, mais qui se rapportent évidemment au même malade, quoiqu' y ait une certaine différence dans l'âge attribué à l'opéré (*).

(*) Tiré des *Archives de chirurgie*, de Langenbeck. Berlin, 1860.

Les observations sont consignées sur un registre spécial, par un interne spécialement chargé de ce service. Elles comprennent, non pas l'histoire séparée des malades d'un seul service, mais l'histoire de tous ceux soignés à l'hôpital. On voit que, sous ce rapport, toute garantie d'exactitude existe.

Quant à la non-publication des insuccès complets ou incomplets, on peut, sinon repousser complétement, du moins atténuer singulièrement ce reproche que l'on peut adresser à toutes les statistiques. Presque tous les hôpitaux d'Angleterre, grâce aux cahiers d'observations, possèdent une statistique exacte et complète des opérations faites dans les services de chirurgie. Les opérations étant en général, et autant que faire se peut, pratiquées à un jour déterminé de la semaine, et différent pour chaque hôpital : le jeudi à Saint-George, le samedi à King's college, etc., quelques recueils scientifiques annoncent même d'avance celles qui doivent être faites. Mais outre la statistique établie régulièrement pour chaque établissement hospitalier, et qui est mise avec un empressement et une urbanité que nous ne saurions trop louer, à la disposition même des étrangers, *The medical Times and Gazette* publie régulièrement depuis quelques années un tableau trimestriel, non officiel si l'on veut, mais assez exact, indiquant sommairement l'âge du malade, la cause, la nature et le résultat des opérations pratiquées, non seulement à Londres, mais dans les grandes villes d'Angleterre. De cette manière, presque toutes les observations sont au moins mentionnées ; celles qui appartiennent à la pratique civile peuvent cependant faire défaut. Cependant, si l'on réfléchit que la résection de la hanche a encore, même en Angleterre, un grand intérêt d'actualité, qu'elle est encore à l'étude, qu'elle intéresse presque tous les chirurgiens, soit comme partisans, soit comme détracteurs de l'opération, l'on doit admettre que bien peu de cas ont dû être passés sous silence.

On a dit encore et sans plus de preuves, que les résections avaient été pratiquées sans raisons suffisantes ; mais cela importe peu au point de vue de la mortalité.

Si pour un accident qui le saisit au milieu de la santé la plus prospère, on lui ampute primitivement la cuisse, par exemple, guérit-on pour cela son opéré ? Le contraire est malheureusement vrai. La cause de l'opération, quoiqu'elle y contribue, ne constitue pas tout le

danger que cette opération fait courir au malade. D'ailleurs, ce que nous avons dit de l'organisation des hôpitaux anglais, qui nous ont fourni le plus grand nombre des observations de résection, l'habitude dans quelques-uns de décider par une consultation préalable le meilleur parti à suivre dans un cas d'opération proposée par le chirurgien traitant, tout cela réduit l'argument basé sur l'absence d'indications à sa juste valeur. Du reste, la lecture des observations, la constatation de la carie de l'articulation faite pendant et après la résection, montrent que dans presque tous les cas, l'intervention directe de la chirurgie était légitime.

Mortalité après la résection. — Quels ont été, au point de vue de la mortalité, les résultats de la résection?

Sur les 97 observations qui font la base de ce travail, 11 appartiennent à l'histoire des plaies par armes de guerre, 1 (obs. XXII) doit être considérée seulement comme une résection du grand trochanter; 85 appartiennent à l'histoire de la coxalgie ; mais parmi ces dernières, quelques-unes ne doivent pas entrer dans une statistique sérieuse, car elles manquent d'authenticité. Ainsi l'observation VI, due à Gluge, n'est pas acceptée comme authentique, même en Allemagne; d'autres consistent en une simple mention ; d'autres enfin s'arrêtent quelques jours après l'opération (V, VII, XV, XXIII, XXXI, LX.)

Quoique la guérison doive être regardée comme probable, nous écartons également les observations XXI, XL, XLI, XLIX, LI, LXXXVI.

Il nous reste donc 72 observations pouvant servir de base statistique. Elles se partagent de la manière suivante :

42 fois il y eut guérison complète;

29 fois la mort suivit l'opération à une date plus ou moins éloignée ;

1 fois il y eut récidive.

La proportion des guérisons serait donc de 58 pour cent opérés, et celle des insuccès de 41 pour 100.

Même si l'on veut faire de la partialité *contre* l'opération, compter au chiffre des insuccès tous les cas où la guérison n'est pas donnée comme complète et définitive, compter comme morts les malades dont la guérison est donnée, non-seulement comme probable, mais comme assurée, les cas où l'opération seule est mentionnée, ceux dans lesquels les opérés *guéris* de la résection moururent de maladies du cœur, de

phthisie et de dysenterie, on trouve que le chiffre des succès, égale encore celui des insuccès réels ou supposés.

Sur 85 cas nous avons en effet 42 guérisons, 43 insuccès.

Mais il suffit de lire les observations qui sont jointes à ce travail pour se convaincre que les résultats sont beaucoup plus favorables et que la mortalité n'entre que pour un tiers dans la statistique de l'opération.

Causes de la mort après la résection. — Si nous analysons les faits pour rechercher quelles furent les causes de la mort, nous verrons que le chiffre de la mortalité due réellement à l'opération est peu élevé.

Dans l'observation LIX, un abcès dont l'existence était antérieure à la résection, s'étendait profondément entre les adducteurs, avait disséqué et isolé l'artère et la veine fémorale. Cet abcès avait été ouvert quelque temps avant l'opération. Le soir même de la résection, une hémorrhagie foudroyante emporta le malade ; l'autopsie montra qu'une petite ulcération avait ouvert la veine fémorale. La mort dans ce cas ne peut être mise sur le compte de la résection.

Dans l'observation XXV, la plaie, sauf une petite fistule, était guérie deux mois après l'opération ; mais l'apparition de palpitations, de dyspnée, fit diagnostiquer une maladie de cœur. La malade, le quatrième mois, était dans une position précaire, sans que la guérison de la plaie eût été entravée. En admettant même une terminaison fâcheuse, on peut seulement l'attribuer, non à la résection, mais au rétrécissement de l'orifice mitral constaté par l'auscultation.

Le malade de l'observation XLIV était tout à fait guéri et il s'était formé une excellente fausse articulation, lorsque des symptômes de tubercules pulmonaires se montrèrent, et la mort survint quatre mois après l'opération.

Obs. LVI. — Le malade était à peu près guéri trois mois et demi après la résection ; déjà les mouvements du membre opéré étaient faciles, lorsqu'il apparut un abcès par congestion aux environs du pli de l'aine ; bientôt des symptômes inquiétants se montrèrent, le malade s'affaiblit, présenta de l'œdème aux membres inférieurs, et mourut cinq mois et demi après la résection. L'autopsie démontra l'existence d'une carie vertébrale et d'un abcès qui arrivait jusqu'au contact de l'acétabulum.

Obs. LXXIX. — Tout alla bien jusqu'à la neuvième semaine, lorsque l'apparition d'un œdème, qui devint bientôt général, engagea à faire l'examen des urines que l'on trouva fortement albumineuses, le malade mourut la onzième semaine, et l'autopsie démontra l'existence d'une maladie de Bright.

Les observations XXXV et LV ne devraient pas non plus entrer dans la statistique de la mortalité après la résection, car les malades moururent de phthisie et l'opération n'eût pas dû être faite. En effet, dans l'observation XXXV, on avait constaté antérieurement, non-seulement la présence des signes rationnels, mais encore l'existence des signes physiques d'une tuberculisation avancée. Le malade mourut la sixième semaine.

Dans l'observation LV, la phthisie était tellement avancée que le malade n'avait plus que quelques jours à vivre, et si l'on fit l'opération, c'est que la tête, complétement détachée, faisait l'office de corps étranger ; cependant, après l'avoir enlevée, on scia l'extrémité libre du fémur.

Le fait de Heyfelder (obs. XLV) ne doit pas non plus compter au chiffre de la mortalité, mais seulement à celui des insuccès; car s'il y eut récidive, et si trois ans après on fit la désarticulation, cependant la résection avait été suivie de guérison momentanée, car le malade se promenait avec une béquille et un bâton, et il s'était formé une ankylose solide entre le fémur et le bassin.

De même l'observation VIII doit être classée à part, puisque la résection avait été faite pour une coxalgie traumatique accompagnée de fracture du bassin, suite d'une chute faite six mois auparavant. A l'autopsie les os fracturés étaient baignés par le pus.

Si donc nous retranchons ces 9 faits dans lesquels la mort ne doit pas être attribuée à la résection, nous aurons 21 décès seulement sur 42 succès certains, c'est-à-dire une mortalité d'un tiers seulement ou 33 pour cent, contre 66 pour cent de guérisons.

Ajoutons que dans 6 observations que nous ne joignons pas à la statistique, la guérison doit être regardée comme probable.

Les 21 décès survenus par suite de l'opération, et pouvant lui être attribués, peuvent être classés de la manière suivante :

1 fois la mort fut attribuée à la phthisie; mais celle-ci avait pu recevoir de l'opération une influence fâcheuse (obs. XXVIII).

2 fois l'érysipèle parut être la cause du décès (obs. XXVI, LXVI).

5 fois l'existence de l'infection purulente est rapportée dans les observations XII, LXXX, LXXXIII, LXXXIV, LXXXV.

13 fois il n'est pas fait mention de la cause de la mort.

Dans quatorze cas, l'époque de la mort est mentionnée ; elle arriva 1 fois le 8e jour, 2 fois le 6e, 2 fois le 8e, 2 fois le 12e, 4 fois le 15e, 1 fois le 19e et le 30e ; 1 fois, enfin, après 5 mois.

Utilité du membre après la guérison. — L'utilité plus ou moins complète du membre est mentionnée dans 27 observations (I, IV, XI, XIII, XIV, XVII, XIX, XX, XXIV, XXVII, XXIX, XXX, XXXIV, XLVII, L, LII, LIII, LVIII, LXI, LXIII, LXIV, LXVIII, LXX, LXXIV, LXXVII, LXXVIII, LXXXI). Dans toutes, le membre servait utilement à la marche ; un seul malade se servait de deux béquilles, la plupart ne s'aidaient que d'une canne, beaucoup marchaient sans aucune espèce de soutien, quelques-uns pouvaient faire à pied plusieurs kilomètres ; mais presque tous devaient se servir d'une chaussure spéciale, d'un soulier muni d'un talon élevé. Ces résultats ont déjà été mentionnés dans le cours de ce travail, nous n'y reviendrons pas.

Dans 15 observations, quoique la guérison de la plaie soit donnée comme complète, il n'est pas parlé de l'utilité du membre dans la marche, par la raison bien simple, que les faits ont été publiés avant que l'on ait pu acquérir une certitude sur ce point cependant intéressant (obs. II, XVI, XVIII, XXVI, XXXII, XXXIII, XXXVIII, XXXIX, XLII, LIV, LXV, LXXI, LXXV, LXXVI, LXXXII). Mais on ne peut en inférer que le membre pourrait plus tard être inutile, car cette inutilité n'a été remarquée après aucune opération de résection, la brièveté du membre laisse, dans l'observation LXXVI seule, quelques doutes sur son utilité.

Cependant au point de vue de la gravité de l'opération, il semble devoir exister une grande différence, suivant que l'on ouvre et que l'on resèque l'articulation coxo-fémorale, ou que l'on enlève seulement la tête fémorale, cariée et luxée, mais sans toucher à la partie pelvienne de l'articulation.

Dans 30 cas, la résection porta à la fois sur la tête du fémur et sur la cavité cotyloïde, plusieurs fois même on reséqua des portions plus ou moins considérables des os du bassin. Une fois le résultat était tout à fait incertain (obs. XXI), deux fois les opérés étaient en convalescence complète, mais non guéris, lorsque l'observation fut publiée (obs. XXI, XXII).

Sur les 27 cas qui restent on trouve 18 guérisons, 8 morts, 1 récidive.

Mais si, là encore, on veut faire de la partialité *contre* l'opération, faire rentrer au chiffre de la mortalité le malade de l'observation LXIX qui mourut d'une hémorrhagie par la veine fémorale ulcérée, le jour même de la résection; y faire rentrer également 4 cas (XXIV, XLIV, LVI, LXXIX) dans lesquels les malades moururent d'affections viscérales après la guérison presque complète, ou même complète de la plaie, on ne trouvera encore que 11 insuccès (XXIV, XXV, XXXVI, XLIII, XLIV, XLVIII, LVI, LVII, LIX, LXVII, LXXIX), sur 15 guérisons complètes (obs. XI, XVI, XIX, XX, XXIV, XXX, XXXIII, XXXIV, XLVII, LII, LVIII, LXXI, LXXIV, LXXVI, LXXVIII) dans les cas les plus graves, ceux où le chirurgien porte les instruments sur le fémur, l'os iliaque et même dans le bassin.

L'observation de Heyfelder (XLV) est le seul exemple cité de récidive survenant après une guérison apparente. Le chirurgien trois ans après la résection fit la désarticulation de la hanche, le malade mourut quelques heures après l'opération.

Résumé. — La statistique des succès et des insuccès peut être résumée de la manière suivante :

La résection de la hanche pour coxalgie avec carie articulaire a été pratiquée : 41 fois en Angleterre, 37 en Allemagne, 6 en Amérique, 1 en France, total, 85 fois.

Sur ces 85 faits, 13 observations sont insuffisantes pour qu'on puisse les faire entrer dans la statistique; 6 fois la guérison était probable ou presque assurée.

Il reste donc 72 cas qui se divisent ainsi :

42 succès ou 58 pour 100 : 27 fois avec mention de l'utilité du membre; 15 fois avec guérison complète, mais sans renseignements suffisants sur l'utilité du membre.

21 décès, ou 29 pour 100, pouvant ou devant être imputés à l'opération; 8 décès, ou 11 pour 100, par affections viscérales indépendantes de l'opération; 1 récidive.

Si l'on cherche à classer à part les cas dans lesquels l'opération a intéressé toute l'articulation, c'est-à-dire le fémur et la cavité cotyloïde, et même l'épine du pubis, la crête iliaque, l'ischion, etc., on trouve :

27 opérations, 15 guérisons, 11 décès, dont 5 seulement imputables la résection ou aux causes locales; 1 récidive.

Envisagées sous le rapport de l'âge, les 67 observations où l'âge de l'opéré est mentionné, se partagent de la manière suivante :

De 5 à 9 ans.....	12 guérisons.	7 décès.
De 10 à 19 ans.....	20 —	10 —
De 20 à 29 ans.....	7 —	3 —
De 30 à 39 ans.....	2 —	3 —
De 40 à 49 ans.....	2 —	» —
De 50 à 54 ans.....	» —	1 —

L'expérience journalière montre que les opérations guérissent plus souvent et plus vite chez les enfants que chez les adultes, cependant notre tableau ne peut rien démontrer à cet égard, vu le petit nombre de résection faites sur des adultes.

Si l'on examine le chiffre de la mortalité après la résection (chiffre exagéré à dessein, en imputant au compte de l'observation les insuccès survenus par des causes étrangères), on voit que la résection ne donne que 40 pour 100 de mortalité, chiffre assez faible et qu'il faut réduire pour être exact à 31 pour cent.

Or, il ne faut pas oublier que la résection doit être faite et a été le plus souvent faite dans des cas très graves et pour ainsi dire désespérés, lorsque la vie du malade a paru en danger sérieux. Elle paraîtra encore plus favorable, si on la compare à des opérations réputées moins graves, mais qui donnent cependant un chiffre de mortalité supérieure. Ainsi l'amputation de cuisse donne, à Paris, d'après la statistique de M. Malgaigne, 60 décès pour 100 opérés; que serait-ce si on comparait la résection avec la désarticulation à laquelle on aurait pu songer dans quelques cas, opération pour laquelle nous n'avons trouvé dans les annales de la science que 22 cas de guérisons bien authentiques.

Mais ce qui nous paraît surtout plaider en faveur de la résection, c'est qu'en sauvant la vie du malade dans les cas graves, elle lui laisse encore un membre souvent plus utile, que celui que laisse la guérison spontanée dans les cas où la curation a pu être avec succès abandonnée aux efforts de la nature.

Quant à nous, notre tâche sera remplie, si nous avons pu, en attirant l'attention sur un point important de pratique chirurgicale, contribuer aux progrès de la chirurgie *conservatrice* en contribuant aussi à faire accepter une opération peu connue, repoussée, jusqu'à présent en France, par presque tous les chirurgiens.

RESUMÉ STATISTIQUE.

MORT pouvant être attribuée à l'opération.			MORT survenue pendant ou après la guérison de la plaie, sous l'influence d'autres affections.		GUÉRISONS complètes. Membre utile.	GUÉRISONS de la plaie sans renseignements sur le membre.	OBSERVATIONS INSUFFISANTES.	
Observ.	Causes de la mort.	Date de la mort.	Observ.	Causes de la mort.	Observat.	Observat.	Sans renseignements.	Guérisons probables.
3	?	?	8	Fracture du bassin.	1	2	5	21. Après 3 mois envoyé en convalescence.
9	?	?	25	Maladie du cœur. Plaie guérie.	4	16	6	
10	Eschares au sacrum.	54e jour.	35	Phthisie constatée avant l'opération.	11	18	7	40. Après 3 mois.
12	Infection purulente.	6e jour.	44	Phthisie. — Plaie guérie.	13	26	15	41. — 1 mois.
28	Phthisie.	?	55	Phthisie avancée avant l'opération.	14	32	23	49. — 3 mois.
36	Erysipèle.	8e jour.	56	Carie vertébrale.	17	33	31	51. — 3 mois.
37	?	12e jour.	59	Hémorrhagie le soir de l'opération par la veine fémorale ulcérée.	19	38	60	86. — 2 mois.
43	?	3e jour.	79	Maladie de Bright.	20	39		
46	Eschare au sacrum.	15e jour.	8		24	42	7	6
48	?	?			27	54		
57	?	15e jour.			29	65		
62	Abcès du psoas.	24e jour.			30	71	13 cas douteux ne figurant pas dans la statistique.	
66	Erysipèle.	?			34	75		
67	?	6e jour.			47	76		
69	?	1 mois.			50	82		
72	?	11e jour.			52			
73	?	5e mois.			53	15	22e obs. (Erichsen). Ce n'est qu'une résection du grand trochanter.	
80	Infection purulente.	19e jour.			58			
83	*Id.*	14e jour			61			
84	*Id.*	8e jour.			63			
85	*Id.*	15e jour.			64			
					68			
					70			
					74			
					77			
					78			
					81			
21	45e obs. — Récidive après guérison ; désarticulation trois ans après. Mort.				27			
					42			

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS DES RÉSECTIONS DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE PRATIQUÉES POUR CAUSE DE COXALGIE.

Obs. I. (White.) — John W..., âgé de huit ans. Guérison complète avec membre utile. (Voy. *Historique*, page 457.)

Obs. II. (Schmalz, de Pirna.)— Enlèvement de la partie supérieure du fémur, cariée et déjà détachée. Guérison. (Lepold, *Thèses de Wurzbourg*, 1834. — Voy. *Historique*, p. 460.)

Obs. III. (Hewson, de Dublin.) — Résection au-dessus du petit trochanter, mort de fusées purulentes pénétrant dans le bassin à travers la cavité cotyloïde perforée, trois mois après l'opération. (Bonino, *Annales de la chirurgie française et étrangère*, 1844, t. X, p. 391.)

Obs. IV. (Schlichting, 1829.) — Jeune fille de quatorze ans. Six semaines après la résection de la tête, la malade était guérie et pouvait marcher librement quoiqu'en boitant. (Bonino, *loc. cit.*)

Obs. V et VI. — Simple mention dans la thèse de Lepold.

Obs. VII. (Vogel.) — Simple mention de M. Velpeau.

Obs. VIII. (Textor, 1834.) — Jean Ruckert, âgé de sept ans et demi. Il y avait fracture du col et du bassin. La coxalgie paraissait due à une chute faite six mois auparavant. Mort le vingt-cinquième jour. Les os fracturés étaient baignés par du pus, qui les séparait des parties molles. (Textor, *Mémoires*, 1842.)

Obs. IX. (Textor.) — Jean Wiegand, âgé de dix-huit ans. — Délire nocturne, diarrhée, etc. A l'autopsie les ganglions mésentériques étaient hypertrophiés, et présentaient des foyers tuberculeux ramollis ; des foyers semblables existaient dans les intestins. (Textor, *loc. cit.*)

Obs. X. (Textor.) — Michel Hartung, trente-quatre ans. Espoir de guérison. Eschares au sacrum. Mort le cinquante-quatrième jour. (Textor, *loc. cit.*)

Obs. XI. (Textor, 1845.) — Au mois de janvier, au dire de M. Sédillot, Textor (de Wurzbourg) reséqua la tête et le col du fémur au-dessous du petit trochanter avec un succès complet. Il y avait altération concomitante de la cavité cotyloïde, et un abcès de la fosse iliaque interne.

L'opéré fut vu en 1850 par M. Sédillot lui-même, et marchait assez bien en s'appuyant sur son membre. (Basire, *Thèses*, obs. III ; Sédillot, *Médecine opératoire*, t. II, p. 511 ; Ch.-J.-N. Dircks, *Diss. inaug. de resectione capitis femoris*, Wirceb., 1846, 8, p. 27.)

Obs. XII. (Roux.) — Valard, âgé de quinze ans, bijoutier. Entré à l'Hôtel-Dieu le 26 janvier 1847. Bonne santé générale avant le mois de mai 1846. Au commencement de mai, le petit malade éprouva dans la hanche gauche des douleurs se montrant par accès plus ou moins fréquents et s'irradiant en arrière dans tout le membre inférieur. Il fut placé salle Sainte-Marthe, mais l'absence de gonflement du côté de la hanche, la nature des douleurs firent croire à une névralgie sciatique et l'enfant fut envoyé dans le service de M. Martin-Solon. Bientôt cependant la luxation spontanée, le raccourcissement du membre vinrent rectifier le diagnostic. Le malade rentra salle Sainte-Marthe le 26 janvier 1847, et dans les quinze premiers jours de son séjour on constata les faits suivants :

« Amaigrissement très prononcé, souffrances continuelles. Depuis le commencement de la maladie, le petit malade a toussé habituellement ; il a expectoré quelquefois des crachats mélangés à un peu de sang. Rien encore à l'auscultation.

» On observe un déplacement considérable de la tête du fémur, que l'on sent près de l'échancrure sciatique. Pas de gonflement ni de changement de couleur des parties molles ; pas d'abcès

ni d'orifices fistuleux ; la seule déformation qu'on trouve est produite par le grand trochanter et la tête du fémur déplacés. Ils tendent à descendre de plus en plus à mesure que la cuisse s'infléchit davantage sur l'abdomen ; la face antérieure finit par toucher l'épine iliaque supérieure. La jambe est elle-même fortement fléchie sur la cuisse. Le malade sent très souvent dans le membre des douleurs vives qui suivent le trajet des nerfs et parfois de l'engourdissement ; elles sont augmentées par la moindre tentative de redressement. Aucune des parties du reste n'est paralysée ; les mouvements partiels peu étendus de la jambe, ceux des orteils s'exécutent bien. Il y a un peu de rotation de la cuisse en dedans. Le malade est toujours couché sur le côté sain. Plaintes presque continuelles jour et nuit, amaigrissement, diarrhée fréquente, fièvre habituelle.

Le 24 février, l'enfant est soumis deux fois sans succès aux inspirations d'éther ; il les exécute mal ; elles finissent par le faire pleurer et l'agiter.

M. Roux après de longues réflexions se décida à tenter quelque chose pour ce malade, chez lequel la réduction du déplacement eût été, sinon impossible, du moins trop douloureuse. Il conclut à la résection de la tête du fémur, qui faisait espérer de ramener le membre à sa rectitude naturelle et de calmer les douleurs causées et par la compression probable du nerf sciatique, et par la position fatigante que le malade était obligé de garder...

Opération. Après avoir déterminé avec soin les rapports de la tête du fémur qui était descendue auprès de l'ischion. M. Roux, fit entre elle et le grand trochanter perpendiculairement au col une incision suivant la direction des fibres du grand fessier et concave du côté de la cuisse fléchie. Ce procédé eut l'avantage de rendre la plaie rectiligne lorsque la cuisse fut étendue.

L'incision était longue de 3 pouces, il s'écoula fort peu de sang ; on n'eut aucune ligature à poser. Il reconnut au fond de la plaie les bords supérieur et postérieur du grand trochanter en avant, la tête du fémur en arrière. Il glissa le doigt au-dessous du col qu'il contourna ; la scie à chaîne ne put être engagée, faute d'une aiguille courbe assez longue. Les deux branches de la scie de Stromeyer furent alors placées l'une au-dessus, l'une au-dessous pour saisir l'os dont la section s'opéra sans difficulté. Cela fait il fallut dégager la tête du milieu des tissus qui l'entouraient dans sa nouvelle position.

M. Roux voulait éviter une nouvelle incision qui l'eût mené plus directement à sa recherche, il écarta les bords de la première, porta l'indicateur sur la tête du fémur, l'isola autant qu'il put par ce moyen, et à l'aide d'un bistouri conduit sur ce doigt, il glissa ensuite un élévateur de trépan au-dessous de la portion attenante du col, et la tête fut extraite avec facilité. La cavité cotyloïde explorée par la plaie parut être en partie effacée ou comblée. Le membre fut ramené plus aisément qu'on n'eût pu le croire à la rectitude naturelle, et le petit malade étant couché sur le dos, les deux cuisses prirent la même longueur.

Roux rapprocha les deux lèvres de la plaie avec des bandelettes de diachylon. Pansement à plat. Potion calmante ; le malade est placé sur le dos dans son lit.

Examen de la pièce reséquée. — La partie enlevée comprend la tête tout entière et un peu plus du tiers du col. Le cartilage articulaire est détaché dans presque toute son étendue ; il reste de l'espace entre lui et la surface de l'os. Il est comme ratatiné, mince et peu consistant. La portion épiphysaire encore séparée du reste du col par une interligne cartilagineuse est facilement pénétrable par l'instrument ; elle est jaunâtre, rugueuse, molle, plus raréfiée qu'à l'état normal. Une section suivant l'axe de l'os offrit intérieurement le même aspect jaunâtre, spongieux jusqu'à l'interligne cartilagineuse ; le reste du col était rouge, raréfié, évidemment enflammé, moins dense qu'à l'état normal. Il y avait une limite bien tranchée entre la coloration et les lésions des deux parties.

25 février. — Le malade, très agité pendant les deux ou trois premières heures qui ont suivi l'opération, était plus calme le soir. La nuit a été tranquille. Le pouls est fréquent. Une hémorrhagie facilement arrêtée par la compression et le tamponnement de la plaie a fait perdre 300 grammes de sang.

26 février. — Un peu de sommeil. La nuit plus de tranquillité. Le pouls est assez fort, très fréquent. L'hémorrhagie ne s'est pas reproduite. Le malade est couché sur le dos, les membres inférieurs dans l'extension retenus par un drap plié en cravate placé au-devant d'eux.

A la visite du soir, l'alèze est souillée d'une notable quantité de sanie purulente d'odeur fétide. Le membre est toujours dans l'extension et dans une bonne position. L'état général d'affaiblissement ne laisse guère espérer un résultat favorable.

27 février. — Le malade a été très agité cette nuit ; M. Roux enlève le pansement. La plaie a un aspect assez mauvais, les chairs sont grisâtres, pas de traces d'inflammation, le pus qui s'en écoule est fétide. Le pouls est toujours très fréquent et très petit.

28 février. — Délire dans la soirée et le matin. La nuit a été cependant tranquille ; pas de plaintes. Le malade a pris plusieurs fois hier un peu de vin de Bordeaux et de vin d'Espagne, le matin il est endormi au moment de la visite. Figure très pâle, point de dévoiement.

1er mars. — Délire continuel, loquacité pendant toute la nuit ; ce matin râle trachéal. Mort pendant la visite.

Autopsie. — Le nerf sciatique se trouvait tout à fait sur la limite de l'incision et longeait la lèvre postérieure près de l'ischion. Il n'avait pas été touché par l'instrument. Il existait un abcès rempli de sanie purulente très fétide entre les deux muscles moyen et petit fessier, remontant en haut jusque près de l'épine iliaque, et descendant vers le petit trochanter. Cet abcès étendu en nappe était assez profond, avait peu d'épaisseur ; ce qui explique pourquoi il n'avait pas déformé les parties et était resté inappréciable pendant la vie. Il s'établit une communication peu large avec la partie supérieure de l'incision faite par M. Roux ; de là l'issue au deuxième jour de l'opération de cette sanie purulente dont il était encore en partie rempli.

Le fémur fut ensuite enlevé ; le périoste décollé dans toute sa longueur était très épaissi ; on y voyait des lignes de vaisseaux bien marquées, et il existait entre lui et l'os une couche de pus verdâtre et fétide. Le canal médullaire contenait de ce même pus dans toute sa longueur ; on l'en faisait sortir avec les détritus de la membrane médullaire. La surface externe du fémur présente surtout des signes évidents d'ostéite, petits canaux creusés dans l'os, ouvertures comme celles de la moelle de jonc, rugosités. La portion restante du col offrait des traces d'ostéite, comme celle enlevée avec la tête de l'os ; la lésion y était moins avancée que sur la diaphyse. Différentes coupes n'ont pas encore été faites.

La cavité cotyloïde était gravement attaquée, tout le rebord cotyloïdien avait été détruit ; les restes en étaient rugueux, cariés. On trouvait en haut, au niveau de la branche horizontale du pubis, une échancrure assez large et profonde, intéressant une grande partie de l'épaisseur de cette branche. Le sourcil cotyloïdien avait disparu surtout en bas et en arrière. On ne voyait pas de traces de cavité accessoire pour recevoir la tête du fémur dans sa nouvelle position ; elle avait du reste varié un peu durant le temps que nous avons observé le malade. Au fond de la cavité cotyloïde existait une masse fongueuse, brunâtre, remplaçant le coussinet graisseux, normal. Pas de traces du ligament rond ni de sa capsule. La paroi profonde de la cavité était fort mince ; le cartilage jaunâtre ramolli, qu'on pouvait facilement pénétrer avec le bistouri, ainsi que l'os avait perdu de ses adhérences et disparu en quelques points.

L'autopsie n'est pas aussi complète qu'on aurait pu le désirer ; le cadavre ayant été réclamé, on n'a pu ouvrir ni la poitrine ni l'abdomen. (Guyton, interne à l'Hôtel-Dieu, *Gaz. des hôpit.*, 1847, p. 118.)

Obs. XIII. (Fergusson.) — Page 48.

Obs. XIV. (Fergusson.) — Page 27.

Obs. XV. (Fergusson.) — Marie Y..., née à Woolwich, âgée de treize ans, fut admise le 26 janvier 1854. Sa santé fut toujours bonne jusqu'à l'année précédente ; mais à partir de cette époque, elle commença à souffrir de la hanche droite. La première atteinte de douleur fut ressentie pendant que la malade jouait ; la jointure fut d'abord un peu roide, comme s'il y avait eu une entorse, mais après une semaine la douleur devint plus vive et d'un caractère térébrant, accompagnée de pesanteur, et augmentait beaucoup pendant la marche. Elle souffrait également au lit, mais elle continua à marcher à l'aide d'un bâton jusqu'à cinq mois avant l'opération. A cette époque, tout mouvement de l'articulation devint impossible par suite de la douleur. Le genou devint aussi à cette époque presque aussi douloureux que la hanche, quoiqu'il ne fût pas du tout enflé. Malgré tous les traitements, la maladie, depuis deux mois, est restée stationnaire.

A l'entrée, la santé générale paraît bonne, la hanche droite est très enflée et douloureuse, surtout quand la malade cherche à la mouvoir ; on lui applique une longue attelle au dehors de la cuisse et de la jambe.

Le quatrième jour, la malade, grâce à l'attelle, n'éprouve plus de douleurs dans la jointure. Elle alla bien pendant les quelques jours suivants, grâce à un bon régime, à des toniques ; mais le dos commença à s'attendrir, et on lui fit appliquer de l'amidon pour le garantir de la pression. La santé cependant sembla dépérir, et le 17 sa langue était rouge, le pouls petit et fréquent, l'appétit mauvais.

Un mois après, un large gonflement se forma sur la hanche affectée, et l'on soupçonna la formation d'un abcès. La tumeur sembla cependant, quelques jours après, avoir diminué d'étendue, et la santé commença à s'améliorer.

Le 28 mars, environ deux mois après l'admission à l'hôpital, M. Fergusson fit une longue incision sur le trochanter et examina la tête de l'os. Elle était luxée en haut sous le muscle *tensor vaginæ femoris*, et rugueuse par suite de la perte du cartilage et l'érosion de l'os. Une grande quantité de pus grumeleux fut amenée. Un peu de fièvre suivit cette exploration, les symptômes s'amendèrent après quelques jours, mais la hanche droite resta si courte et si déviée que le dos du pied reposait sur le lit.

Le 1er avril, neuf semaines après l'admission, la malade fut portée à l'amphithéâtre, et M. Fergusson pratiqua la résection de la tête et du grand trochanter du fémur droit. Une incision longitudinale de 4 pouces de longueur, commençant sur le grand trochanter, fut faite sur l'articulation. Cette incision fut élargie par une deuxième plus courte et transversale. Avec la scie, M. Fergusson divisa l'os jusqu'au-dessus du grand trochanter et mit à nu la cavité cotyloïde. La surface interne fut enlevée avec la gouge, ainsi que tout ce qui était malade autour d'elle. L'incision fut ensuite un peu agrandie, afin de comprendre une fistule qui s'étendait le long de la partie externe de la cuisse. La maladie avait surtout atteint la cavité cotyloïde, quoique la tête du fémur fût légèrement malade. La malade prit un peu d'ammoniaque et d'opium, et fut reportée dans son lit.

Quatrième jour. — Face rouge, langue sale, pouls petit et fréquent ; la malade ne souffre pas de la plaie, mais elle éprouve un malaise général ; de temps en temps elle sommeille. (Thé de bœuf, glace et œufs.) La plaie paraît en bon état, quoique quelques points soient recouverts d'une matière gris verdâtre. Elle prend un mélange de cognac toutes les deux heures. Le pouls s'élève le soir à 150. Il y a quelques tendances à la syncope. Elle prend quelques doses de créosote.

Le sixième jour, on enlève les sutures ; il y a beaucoup moins de fièvre ; la plaie est encore

revêtue de cette même matière verdâtre, mais elle disparaît les jours suivants ; les granulations se montrent, mais on est obligé de faire l'extension du membre pour permettre aux matières de s'échapper hors de la cavité cotyloïde.

Dix-huitième jour. — Elle paraît bien, l'appétit est bon, les bords de la plaie sont en partie réunis, une longue attelle de fer avec une semelle a été appliquée à la partie externe du membre et l'extension est faite au moyen d'une bande attachée sur le pied sain. Le gonflement a considérablement diminué. (*The Lancet*, 1854, t. I, p. 445.)

Obs. XVI. (Fergusson.) — Sarah-Agnès M..., âgée de onze ans, fut admise à King's-College hospital pour une coxalgie de côté droit le 8 juillet. C'est une fille délicate. La cuisse était fléchie à angle droit sur le bassin et admettait peu de mouvement. Les muscles de la cuisse et de la jambe étaient très amincis, et un large abcès existait entre les adducteurs.

Le 8 août, M. Fergusson reséqua la tête du fémur. Il fit une incision de 4 pouces de longueur sur la tête de l'os qu'il trouva *luxée incomplétement*. Elle fut détachée de l'acétabulum et sciée au-dessous des trochanters. On enleva presque tout l'acétabulum qui était malade dans toute son étendue et détaché comme une lamelle osseuse exfoliée. On ne put à ce moment mettre le membre dans la rectitude. La plaie étant située tout à fait en arrière, la malade ne put être couchée dans le décubitus dorsal. On la suspendit dans le *heath swing* après l'opération.

17 août. — Le membre est dans une meilleure position, mais son extrémité supérieure a de la tendance à se porter en dehors.

Le 20, le membre fut placé sur une attelle laissant une interruption dans sa continuité au niveau de la plaie, et la malade fut replacée dans le berceau. Le membre prit alors une meilleure position. Quelques jours après on ôta l'attelle et la malade reposa dans le berceau seul. La plaie guérit rapidement. Le membre est en ligne droite avec le bassin. La santé est très améliorée. Une courbure anormale de la colonne vertébrale qui existait avant l'opération est très diminuée, et le cas semble promettre une bonne guérison.

Neuf semaines se sont écoulées depuis l'opération, la plaie est presque guérie, la malade se lève et se promène dans la salle avec des béquilles. (*The Lancet*, 10 octobre 1857, t. II, p. 362.)

Obs. XVII. (Fergusson.) — Page 53.

Obs. XVIII. (Erichsen.) — Page 58.

Obs. XIX. (Erichsen.) — Page 31.

Obs. XX. (Erichsen.) — Page 41.

Obs. XXI. (Erichsen.) — Emma B..., âgée de dix ans, d'un tempérament scrofuleux, fut admise à University-College hospital le 9 octobre 1857.

Une douleur dans le genou, s'étendant le long de la cuisse jusqu'à la hanche, fut le premier symptôme observé.

Elle prit le lit, il y a dix-huit semaines. La nuit, elle a des soubresauts dans le membre, supporte aisément une légère pression, mais elle ne souffre pas le plus léger mouvement. Le siége exact de la maladie est à 2 pouces au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il y a un demi-pouce de raccourcissement. Le bassin est incliné en avant et du côté malade. Le sirop d'iodure de fer a amené un peu d'amélioration dans l'état général. La jambe a été entourée d'un bandage amidonné, et le 16 on fait des tractions, la malade étant sous l'influence du chloroforme.

24 octobre. — Santé bonne, moins de douleurs par les mouvements. Elle se lève en se servant de béquilles. Elle sortit de l'hôpital conservant son bandage et la jambe supportée par une écharpe. Mais elle rentra en février 1858, ayant un large abcès sur le côté externe de la hanche.

3 mars 1858. — Une incision en T met à découvert la tête du fémur, que l'on a enlevée avec

la scie de Butcher au niveau du trochanter. La tête est dénudée du cartilage, le col est dénudé et ramolli, surtout à la face interne. Le grand trochanter est coupé avec des cisailles, et l'on enlève avec la gouge un petit fragment de l'os iliaque. Très peu d'hémorrhagie. Aucune ligature ne fut nécessaire. On appliqua tout de suite une attelle coudée et des cataplasmes sur la plaie. Un seul point de suture.

4 mars. — Peu de réaction fébrile. Appétit presque aussi bon qu'avant l'opération.

8 mars. — La plaie suppure beaucoup. Sommeil bon ; appétit médiocre.

15 avril. — Va très bien. Un abcès se forme près de la plaie. Il s'ouvre le 20, laissant une large fistule qui s'étend vers le fémur ; on y injecte du *red wash*.

3 mai. — La fistule va jusqu'à *la tête du péroné*. On l'ouvre largement à sa partie inférieure, la sonde ne rencontre pas les os ; la suppuration est sanieuse et fétide. Injections au *red wash* continuées. La jambe est élevée sur des coussins pour permettre au pus de s'écouler par la plaïe.

7 mai. — Suppuration moins abondante et moins fétide. Peu de temps après, la malade est envoyée à Margate. (*The Lancet*, 1858, t. II, p. 89.)

Obs. XXII. (Erichsen.) — Page 70.

Obs. XXIII. (Bowmann.)— Le 27 juin 1857, M. Bowmann, à King's-College hospital, reséqua la hanche d'un garçon âgé de cinq ans, souffrant d'une coxalgie depuis deux ans. La maladie avait suivi sa marche et l'articulation était presque ankylosée par des tissus solides, mais à angle droit avec le tronc. Il y avait également des fistules à la partie postérieure de la jointure versant une grande quantité de suppuration. Le cas parut être favorable à la résection de l'os malade. L'opération fut faite sous l'influence du chloroforme. La tête de l'os était presque entièrement disparue, partie par absorption, partie à l'état de fragments contenus dans l'acétabulum. *Les fragments détachés furent enlevés* et l'acétabulum gougé.

La branche horizontale du pubis était dénudée de périoste, et l'on put sentir très distinctement battre sur le doigt, pendant l'opération, l'artère fémorale. (*The Lancet*, 1857, t. II, p. 84.)

Obs. XXIV. (Bowmann.) — Page 32.

Obs. XXV. (Bowmann.) — Page 43.

Obs. XXVI. (Stanley.) — La malade est une petite fille de dix ans, qui, depuis quelques années, souffre de la hanche. Quand elle entra à l'hôpital, elle était extrêmement faible. L'articulation était en pleine suppuration et des fistules s'ouvraient sur toute la surface extérieure. Le 24 janvier 1852, M. Stanley crut qu'il était non-seulement utile, mais encore nécessaire, pour sauver la vie de la malade, d'ouvrir l'articulation, soit simplement pour donner issue au pus, soit pour enlever la tête du fémur, si elle était malade. — Après avoir endormi la malade au moyen du chloroforme, il fit sur la hanche gauche une incision semi-circulaire dont la concavité regardait en dedans. — Le lambeau fut relevé, et après une dissection soignée, il mit à nu le col de l'os. On vit alors qu'un des abcès s'étendait très loin en arrière au-dessous du grand fessier, et que la suppuration prenait sa source dans le col. On fit saillir la tête de l'os en faisant exécuter au membre un mouvement de rotation en dedans, et après un examen attentif de cette partie, M. Stanley, avec l'appui et le conseil de ses collègues, MM. Dorde et d'Eulan, se décida pour la résection. De fortes cisailles incisives furent appliquées sur le col de l'os, la division en fut très aisée, car il était très mou. La tête fut alors facilement enlevée et une section longitudinale faite au moyen de la scie dans son milieu montra qu'elle était complétement cariée. (*La cavité cotyloïde ne parut pas exempte de maladie.*)

L'enfant alla parfaitement bien depuis, l'appétit reparut quelques jours après l'opération, la plaie reprit un bon aspect et la physionomie s'améliora. Dix jours après l'excision de la tête, la

malade pouvait se coucher sur le côté, un poids assez lourd fut fixé au pied et pendait au pied du lit pour contre-balancer la contraction musculaire.

La guérison fut complète. (*The Lancet*, 1852, t. I, p. 172. — Bazire, *Thèse inaugurale*, obs. VI.)

Obs. XXVII. (Stanley.) — Un jeune garçon de huit ans, souffrant depuis plusieurs années d'une maladie de la hanche, entra en juin 1852 dans le service de M. Stanley (Saint-Bartholomew's hospital). La suppuration a envahi tous les environs de l'articulation, les abcès se sont ouverts et la région se trouve perforée de toute part d'un grand nombre de fistules. — La douleur et l'épuisement ont eu un effet très préjudiciable sur la santé du malade, il est tout à fait émacié.

On voit en examinant l'articulation que la tête du fémur est sortie de la cavité cotyloïde. Dans ces circonstances il était évident que l'intervention du chirurgien pouvait seule sauver les jours du malade.

Le 22 juin 1852, l'enfant fut conduit à l'amphithéâtre, et M. Stanley, dans l'intention d'enlever la tête du fémur, si elle était cariée, et si elle ne l'était pas, de faire profiter le malade d'une large incision qui pût donner une issue facile au pus et changer la vitalité de l'articulation, fit une incision semi-circulaire au niveau de l'articulation et releva le lambeau. On reconnut alors que l'abcès le plus profond s'avançait jusque derrière le col du fémur, et qu'il renfermait beaucoup de pus stagnant dans sa profondeur. La tête du fémur fut alors séparée du corps au moyen de la scie et de cisailles incisives, ce dernier instrument fut surtout utile par suite du ramollissement des os. La tête fémorale était complétement détruite, cariée et désorganisée ; elle n'était par elle-même susceptible d'aucun effort de séparation. Le pus infiltrait toutes les cellules osseuses. Aucun vaisseau ne nécessita de ligature. La plaie fut réunie, et comme le malade demandait à être couché sur le côté, on lui soutint le membre droit avec une attelle bien rembourrée de coton et de laine.

Avant l'opération, l'enfant prenait de l'huile de foie de morue, des toniques, une bonne nourriture ; on continua après l'opération. — Pendant les premières semaines il alla parfaitement bien, la plaie granula vigoureusement et la santé générale s'améliora visiblement. — Il est intéressant de se rappeler combien une suppuration abondante, mais de bonne nature, provenant d'une blessure en voie de cicatrisation, épuise moins la santé générale qu'une suppuration séreuse, peu abondante, provenant d'une affection osseuse.

Après quelques mois d'un traitement suivi avec soin et d'un bon régime, le malade fut capable de se lever et de se promener dans la salle avec des béquilles. Les anciennes fistules se guérissent et il ne reste d'autre plaie que celle produite par l'opération.

Après les premiers six mois, les progrès vers le mieux furent plus lents, quoique quelque mobilité se montrât dans l'articulation. Mais, pendant ce temps, la santé s'améliorait, son embonpoint était revenu.

Après six mois, M. Stanley, pensant que pendant l'été de 1853 l'air de la mer lui serait favorable, l'envoya à Margate juste un an après l'opération.

Il resta à Margate pendant l'été, et puis retourna chez ses parents. A ce moment la plaie était tout à fait cicatrisée ; il était fort vigoureux et pouvait déjà se servir de son membre. (*The Lancet*, 1854, t. I, p. 161.)

Obs. XXVIII. (Stanley.) — Le malade est un petit garçon de treize ans, dont la santé était minée par une coxalgie arrivée à une période très avancée. La tête de l'os était luxée sur le pubis entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et les vaisseaux fémoraux ; elle était en cette position lorsque l'opération fut pratiquée le 21 mars 1857. On la mit facilement à découvert et on la reséqua *avec la scie*. La surface était un peu rugueuse, dépouillée de cartilages. L'acétabulum était plein d'une substance mollasse.

Il parut aller bien pendant quelque temps après l'opération. Le membre fut maintenu dans une bonne position, mais la suppuration était très abondante et contribuait beaucoup à l'affaiblir. — Bientôt parurent les symptômes de tuberculisation pulmonaire, et il mourut de phthisie quelques semaines après l'opération. (*The Lancet*, 1857, t. II, p. 391.)

Obs. XXIX. (Jones.) — Page 50.

Obs. XXX. (Jones.) — Page 38.

Obs. XXXI. (Price.) — Un jeune garçon souffrait d'une coxalgie qui avait détérioré sa santé. Le fémur n'était pas luxé. Après qu'on eut divisé le ligament capsulaire, on vit que le ligament rond était détruit entièrement. La tête fémorale était dénudée de cartilage. La section fut faite au-dessous du grand trochanter. Le malade va bien depuis. (*Med. Times and Gazette*, 1857, t. II, p. 592, décembre.)

Obs. XXXII. (Price.) — Page 67.

Obs. XXXIII (Price.) — Page 37.

Obs. XXXIV. (Hancock.) — Page 36.

Obs. XXXV. (Hancock.) — Un jeune garçon âgé de dix ans, mais paraissant beaucoup plus jeune, entra à Charing-Cross pour une coxalgie datant de deux ou trois ans. La luxation spontanée s'était produite, et la jambe gauche malade, qui était croisée sur la droite, paraissait être deprès de 5 pouces plus courte que l'autre. Ce raccourcissement paraissait devoir être attribué à la fois à la luxation et à l'obliquité du bassin. Le trochanter était anormalement saillant ; une ouverture fistuleuse existant à la partie externe donnait issue à une grande quantité de pus. D'autres fistules existaient encore dans la région de la hanche et de l'aine. L'enfant était réduit à un état cachectique par la suppuration, la fièvre hectique, les sueurs nocturnes et une toux fréquente. Il était très pâle, très affaibli, de sorte que l'on devait croire à une mort très prochaine, si l'on n'apportait pas à son état une amélioration même temporaire. *Il y avait tous les signes physiques de la phthisie.* Sa face pâle et amaigrie, ses cheveux trempés de sueur, lui donnaient l'aspect d'un moribond ; mais après consultation on crut prudent d'enlever la cause immédiate d'un tel désordre, afin de donner à l'enfant la chance de survivre quelques jours de plus.

Le 13 juin, M. Hancock reséqua l'articulation, le malade étant sous l'influence du chloroforme. La tête de l'os était luxée dans la fosse iliaque, sa surface était complétement érodée et en partie absorbée. L'acétabulum était sain, excepté dans une petite portion de son bord supérieur. L'hémorrhagie fut insignifiante, une seule artériole exigea une ligature.

L'opération faite rapidement ne fut suivie d'aucune espèce de traumatisme, et la santé, au contraire, s'améliora. On lui donna des toniques et une bonne nourriture. La plaie donna peu de suppuration et alla bien pendant six ou sept semaines ; mais on s'aperçut alors d'une augmentation dans la toux et dans les symptômes du côté du poumon. La plaie devint flasque et cessa de marcher vers la cicatrisation ; la santé générale déclina, la maladie pulmonaire augmenta, la jambe droite, le scrotum s'œdématièrent, et trois semaines après (dix semaines après l'opération) le malade succomba à la phthisie au troisième degré. (*The Lancet*, 1857, t. II, p. 390.)

Obs. XXXVI. (Hancock.) — A son entrée à l'hôpital de Charing-Cross, la malade présentait à la partie externe de la hanche les ouvertures de deux trajets fistuleux à travers lesquels on pouvait faire pénétrer un stylet dans l'intérieur du bassin. Auprès de l'épine iliaque antérieure et inférieure se voyait la cicatrice d'un abcès guéri. Une suppuration abondante et la fièvre hectique minaient graduellement la malade.

En pratiquant l'opération, M. Hancock trouva qu'une ankylose s'était formée entre le rebord

cotyloïdien et la tête du fémur; cette tête était rugueuse, cariée et aplatie. Le fond de l'acétabulum était carié et perforé en plusieurs points.

L'extrémité supérieure du fémur, le fond et la partie supérieure de l'acétabulum, ainsi que l'épine et une grande partie de la tubérosité ischiatique, furent reséqués.

La malade alla bien pendant huit jours, mais au bout de ce temps elle fut affectée d'érysipèle à la hanche, et mourut le même soir.

Trois jours après l'opération, ses menstrues, qui depuis six mois n'avaient point paru, étaient revenues et avaient continué jusqu'au sixième jour. (Bazire, *Thèse inaug.*, obs. XVII.)

Obs. XXXVII. (Bigelow.) — Un enfant de neuf ans souffrait depuis trois mois de la hanche. Il y avait un gonflement notable de la région et une luxation iliaque du fémur. M. Bigelow fit la résection. Quand il appliqua la scie à chaîne, une portion de l'os se détacha immédiatement sous la traction de l'instrument. Cette pièce était cariée et infiltrée de dépôt tuberculeux. L'os était dénudé et carié.

La malade mourut le douzième jour. (*American Journal of med. sc.*, 1852, t. II, p. 90).

Obs. XXXVIII. (Buchanam.) — James Downie, âgé de quarante et un ans, fut admis à l'infirmerie royale de Glascow le 2 novembre 1850. Il y a deux ans, sans cause appréciable, il ressentit de la douleur dans la hanche droite.

Pendant quatre mois la douleur augmenta, puis s'étendit au genou. Les soins de plusieurs chirurgiens ne purent le guérir.

Le 2 novembre il se trouvait dans l'état suivant : la jambe droite est demi-fléchie, elle ne peut être étendue, le genou cependant paraît sain, mais il y a rétraction musculaire. Gonflement autour de la hanche, douleur à la pression et par le moindre mouvement. Une incision faite à la partie inférieure de la tumeur donne issue à une grande quantité de liquide séro-purulent. Il n'y a pas de luxation.

En décembre, la suppuration continue, il y a des sueurs nocturnes et une tendance à la diarrhée. On décide en consultation de faire la résection de la tête du fémur.

Le 20 décembre, une incision oblique est faite depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure ; on fait tomber sur elle une incision verticale, qui, par la dissection, permet d'arriver sur la capsule. Celle-ci présente une petite ouverture à la partie inférieure, on l'ouvre plus largement et l'on constate que la tête est cariée et dénudée de son cartilage. Une section est faite avec la scie ordinaire au-dessous du grand trochanter. Les bords de la cavité cotyloïde cariés sont enlevés avec la gouge et des cisailles coupantes.

Pas de ligatures, la plaie est réunie par des sutures et des bandelettes.

Rien de remarquable jusqu'au 24 janvier. *La plaie est cicatrisée*, on essaye alors des mouvements dont on augmente l'étendue sans amener de douleurs.

On lui procura un logement à la campagne ; il fit le voyage très bien en chemin de fer.

« Je le vis, dit M. Buchanam, chaque semaine ; il allait aussi bien que possible, prenait de nouvelles forces, avait bon appétit, lorsque deux mois après son arrivée à la campagne il fut pris d'une dysenterie qui, tombant sur un sujet déjà affaibli, l'enleva en quelques jours.»

La plaie était guérie, le grand trochanter était sain et revêtu d'une incrustation cartilagineuse ; les bords de l'acétabulum qui avaient été enlevés étaient remplacés par une matière osseuse de nouvelle formation. (*Glascow med. Journ.*, t. 1er, p. 12.)

Obs. XXXIX. (Coote.) — Thomas H..., âgé de seize ans, fut admis à l'hôpital Saint-Barthélemy pour une coxalgie datant de deux ou trois ans, accompagnée de suppuration et de luxation dans l'échancrure sciatique.

Le malade garde le lit depuis près de deux ans, la cuisse malade est croisée sur la cuisse saine, et l'on peut facilement sentir la cavité cotyloïde. Une consultation fut tenue par

MM. Coote et Wormold, et ils crurent, en présence surtout de l'inutilité future du membre par suite de la luxation, que le meilleur traitement était la résection de la tête.

Le 21 septembre, après avoir administré le chloroforme, M. Coote fit une incision semi-lunaire, à convexité postérieure, au niveau du trochanter, disséqua les muscles avec soin et mit à nu le fémur. On le scia dans presque toute son épaisseur, et l'on acheva la section avec des cisailles. On releva le fragment détaché et l'on enleva la tête, le col et le grand trochanter. Des adhérences fibreuses rendirent cette partie de l'opération assez difficile. Il fallut, en enlevant la tête, prendre beaucoup de précautions pour ne pas blesser le nerf sciatique qui était placé sur elle. Il fut ménagé complétement, deux petits vaisseaux furent liés; l'hémorrhagie fut insignifiante; le membre fut simplement placé sur des coussins.

La tête du fémur était rugueuse, érodée, altérée dans sa forme et privée de cartilage. L'acétabulum était non-seulement sain, mais rempli de tissus de nouvelle formation.

Il n'y eut pas d'accidents. Le 10 octobre une bonne partie de la plaie était fermée.

Le membre sur lequel on n'a pas appliqué d'attelle est dans une position convenable.

Le malade mange deux côtelettes et boit chaque jour 120 grammes de vin et deux pintes de porter.

17 octobre. — Le membre est dans sa position naturelle, la santé semble parfaite. Cinq semaines après l'opération, le malade était en pleine convalescence. (*The Lancet*, 1857, t. II, p. 417. — Bazire, *Thèse inaug.*, obs. VIII, p. 19.)

Obs. XL. (Cotton.) — Jenny Bullen, âgée de douze ans, entra à Lynn hospital le 10 septembre 1849 pour une coxalgie très grave datant de neuf mois. Elle a tous les attributs du tempérament scrofuleux. Son père, sa mère et un de ses frères sont morts phthisiques. Les deux jambes sont fléchies, et une large eschare existe sur le sacrum du côté gauche; il en existe deux autres sur les malléoles.

La hanche droite est le siége d'une profonde ulcération permettant d'arriver sur le grand trochanter dénudé et sur la tête luxée dans la fosse iliaque.

L'état de la santé ne laissant aucun autre espoir de conserver la vie, M. Cotton, après consultation, se décide à pratiquer la résection.

Le 12 octobre, une incision de 13 centimètres fut faite depuis la tête fémorale et descendant le long du fémur. On enleva 10 centimètres de l'extrémité supérieure du fémur. La cavité cotyloïde était remplie de matière fibrineuse. Le membre fut mis dans une situation aussi bonne que le permettait la flexion permanente du genou.

Rien de remarquable les premiers jours. Le sixième jour on s'aperçut que l'extrémité supérieure du fémur, par suite de la flexion du genou, tend à faire saillie à travers la plaie. M. Cotton voulut étendre de force le genou, mais les téguments du jarret se rompirent et s'écartèrent d'un travers de doigt. Le membre redressé fut mis sur une attelle allant jusqu'à l'aisselle et dépassant le pied.

Le fémur garda depuis une bonne position; malgré les complications d'eschares et de rupture de la peau du jarret, tout sembla marcher vers la guérison.

Le 18 décembre, jour où s'arrête l'observation que nous avons très brièvement résumée, c'est-à-dire deux mois après l'opération, on fit encore l'extraction d'un séquestre appartenant à l'extrémité supérieure du fémur. Le doigt ne rencontre nulle part d'os dénudé. L'appétit est bon, le sommeil excellent, les eschares sont ou guéries ou en voie de guérison, et tout fait espérer une terminaison favorable. (*London medical Gazette*, 1849, t. XLIV, p. 1057.)

Obs. XLI. (Coker N. Davies.) — Edward G..., âgé de douze ans, fut admis à Rye-Union house, il y a trois ans (1854), pour une maladie de la hanche; la tête du fémur était luxée dans la fosse iliaque externe au moment de son admission.

La santé a beaucoup souffert depuis cette époque par la suppuration s'échappant à travers quelques orifices fistuleux. Il en existe actuellement trois au-dessous et au-dessus du grand trochanter et un à la partie supérieure et interne de la cuisse.

L'émaciation faisant des progrès continuels, je crus qu'il fallait recourir à quelque moyen chirurgical; aussi, après une consultation avec quelques confrères, je me décidai à pratiquer la résection. En conséquence, le 2 juin dernier, je pratiquai l'opération de la manière suivante : L'enfant ayant été soumis à l'influence du chloroforme par le docteur Adanson (de Rye), je fis une incision en ⊢ sur la tête et le grand trochanter. Trouvant le col malade, je crus convenable de couper l'os juste au-dessous du grand trochanter. La cavité cotyloïde était jusqu'à un certain point cariée. J'appliquai franchement la gouge et j'enlevai la partie de la portion supérieure et postérieure et un peu de son fond. Les chairs furent rapprochées par quelques sutures et quelques bandelettes, en laissant une ouverture pour l'écoulement du pus. Une longue, droite et forte attelle avec une semelle fut appliquée et la plaie pansée avec une compresse mouillée dans l'eau froide; puis l'enfant fut reporté dans son lit. Il n'y eut pas d'hémorrhagie et il ne fut, par conséquent, pas nécessaire d'appliquer de ligatures. L'administration du chloroforme ne fut suivie d'aucun malaise.

4 juin. — Nuit bonne, peu de douleur; la plaie a bon aspect. (Thé de bœuf fort et Porto.)

23 juin. — L'attelle est enlevée, la plaie a très bon aspect. (Mouton, thé de bœuf et une pinte de stout chaque jour.)

25 juin. — Quelques douleurs à la partie supérieure et interne de la cuisse, qui paraît rouge et dure. (Cataplasmes de mie de pain; trois fois par jour une potion avec quinine et ammoniaque.)

1er juillet. — On ouvre un abcès renfermant près d'une demi-pinte de plus. (Cataplasmes.)

3 juillet. — Beaucoup mieux; la plaie ne suppure que très peu; le malade peut lui-même lever la jambe et la fléchir sur le bassin.

5 juillet. — Il va bien et n'éprouve aucune douleur. (*The Lancet*, 1857, t. II, p. 55.)

Obs. XLII. — Le 17 mars 1848, M. French, chirurgien à l'infirmerie de Saint-James, réséqua la tête du fémur chez une petite fille âgée de dix ans. Le fémur était luxé sur l'os iliaque, et l'on pouvait, à travers un trajet fistuleux, sentir la tête ramollie et cariée. L'acétabulum n'étant pas altéré ne fut pas touché. Guérison rapide. (*Half-yearly abstract*, t. XVI. — Bazire, *Thèse inaug.*, obs. V.)

Obs. XLIII. (César Hawkins). — M. Hawkins opéra, le 12 février 1852, une petite fille de dix ans, qui depuis quatre ans souffrait de la hanche. On n'avait pu obtenir l'ankylose. Il y avait luxation iliaque.

M. Hawkins fit une incision longitudinale, découvrit et scia le fémur à 2 centimètres au-dessous du grand trochanter. On enleva ensuite avec des pinces coupantes quelques parties de l'acétabulum. La plus grande partie de la tête fémorale était détruite par la carie.

Il y eut une légère hémorrhagie, facilement arrêtée lorsque l'enfant fut reportée dans son lit. Tout marcha bien d'abord; mais la malade avait été tellement affaiblie par la longue durée de sa coxalgie qu'elle n'eut plus assez de forces pour réagir contre l'opération; elle succomba le troisième jour.

La cavité cotyloïde remplie de matières fibrineuses était cariée et même perforée au centre, de sorte que l'on pouvait facilement introduire le doigt dans le bassin. (*The Lancet*, 1852, t. L, p. 219.)

Obs. XLIV. (Walton.) — William W..., garçon de seize ans, souffrant depuis deux ans d'une affection de la hanche, pour laquelle il fut soigné par Liston. Le membre était raccourci, la cuisse déformée; un abcès ouvert au-dessous du grand trochanter permettait de

constater la dénudation de l'os. Il n'y avait aucun signe de maladie grave du bassin ou de la région iliaque. La santé était délabrée.

Une opération servant en quelque sorte à élucider la situation fut faite le 24 mars 1848. M. Walton fit une longue incision qui lui permit de constater que la tête était luxée, cariée, et que la carie s'étendait au grand trochanter. La scie fut appliquée sous le grand trochanter et l'on enleva toute la partie supérieure du fémur. La cavité cotyloïde, peu malade, était encore reconverte d'une partie de son cartilage. à l'exception d'une petite portion qui manquait au centre, et au niveau de laquelle l'os était carié, on enleva avec la gouge ce qui parut malade.

Le malade ne souffre plus, a repris de la force; la suppuration est peu abondante, la plus grande partie de la plaie est fermée. (*The Lancet*, 1849, t. I, p. 415.)

Pendant deux mois l'enfant alla parfaitement; la plaie se guérit, sauf quelques fistules persistant encore et donnant peu de suppuration. Il pouvait faire exécuter au membre des mouvements de flexion et d'extension, s'asseoir sur son lit; mais en juin, la santé générale s'affaiblit; des signes de tubercules pulmonaires se montrèrent, et il mourut le 9 juillet.

A l'autopsie, on trouva des tubercules dans le poumon gauche; le rein droit avait perdu toute trace de structure; il s'était formé une excellente fausse articulation. (*The Lancet*, 1852, t. II, p. 144.)

Obs. XLV. (Heyfelder.) — En 1848, Heyfelder fit la résection de la hanche à un malade âgé de vingt ans pour une carie de toute l'articulation avec luxation partielle du fémur. On enleva la tête, le col et une partie des trochanters, plus une portion de l'acétabulum; les surfaces osseuses furent ensuite cautérisées avec le fer rouge. Après quelque temps, le malade pouvait se promener avec une béquille et un bâton; il s'était fait une ankylose solide entre le fémur et le bassin.

Un an après, il y eut des signes de récidive dans les os du bassin, et trois ans et demi plus tard, en raison de l'état du malade très émacié, et près de mourir par suite de l'existence d'abcès et de l'abondance de la suppuration, Heyfelder fit la désarticulation de la hanche, divisant l'ankylose récente et enlevant en même temps deux pouces de la branche horizontale du pubis et quelques séquestres mobiles; on dut laisser intacte une grande portion d'os carié. Le malade mourut deux heures après l'opération. (Heyfelder, *Uber amputationem und resectionem;* Breslau und Bonn, 1855, t. IV, p. 155; *British medic. review*, 1857, t. XX, p. 306).

Obs. XLVI. (Hilton.) — W. W..., âgé de cinquante-quatre ans, fut admis à Guy's, le 10 novembre 1857, pour une maladie de la hanche droite. Il y a un an et demi il commença à ressentir des douleurs, et les symptômes de la coxalgie se montrèrent graduellement. La cuisse droite est fléchie sur le bassin, et il éprouve une vive douleur lorsque l'on pousse la tête du fémur contre l'acétabulum.

Le 2 janvier. — Il dit n'avoir pas éprouvé d'amélioration depuis son entrée à l'hôpital.

Le 5. — Des eschares se forment au sacrum; on le place dans un lit mécanique.

Le 11. — Même état. Une incision faite derrière le grand trochanter laisse échapper de la sérosité contenant quelques grumeaux caséeux.

Le 25. — La suppuration a augmenté; il rapporte toujours la douleur au genou.

Le 1er février. — La suppuration est toujours aussi abondante, mais il y a un peu moins de douleur.

23 février. — La douleur et l'abondance de la suppuration mettant en danger la vie du malade, M. Hilton se décida à faire une incision sur la tête du fémur et à l'enlever si elle était malade. Une incision en T la met à nu. Elle est luxée dans la fosse iliaque externe et malade. On la scie au-dessous du petit trochanter. La tête avait presque disparu par absorption; le col était également malade. Le membre est placé sur une longue attelle.

24 février. — Depuis plusieurs mois le malade n'a point passé une aussi bonne nuit.

26 février. — Un peu d'anxiété dans les traits, l'*eschare du sacrum le gêne beaucoup*; la suppuration semble gagner la fesse gauche qui présente un peu de rougeur érysipélateuse.

1er mars. — Pouls, 126. Assoupissement pendant la journée, subdelirium la nuit : l'eschare donne beaucoup de pus, ce qui affaiblit beaucoup le malade, bien qu'il prenne une bonne nourriture. (2 grains de quinine dans la potion sédative de Buttley ; tisane sulfurique.)

3 mars. — Beaucoup de délire la nuit dernière. Il paraît mieux aujourd'hui. Pouls, 100 ; moins de douleur.

4 mars. — Pouls petit et faible ; aggravation de l'état général.

6 mars. — Mort à quatre heures du matin.

Autopsie. — Pas de maladie viscérale ; distension des intestins. L'extrémité du fémur repose dans l'acétabulum qui est sain. Un abcès passant sous le ligament de Poupart arrive jusque dans l'abdomen. (*The Lancet*, 1858, t. II, p. 116.)

Obs. XLVII. (Holt.) — Page 34.

Obs. XLVIII. (Kinlock.) — Le bord de la cavité cotyloïde est rugueux, le fond est largement perforé ; quelques portions du bord sont enlevées avec le ciseau et la cisaille. Néanmoins on ne put retrancher toute la partie malade. — Mort. (Schmidt *Jahrb.*, t. XCXV, p. 342. — *Archives de Langenbeck. Mém. de Fock*, n° 76.)

Simple mention de *Half-yearly abstract*, t. XXVIII, p. 250. L'observation existe dans *Charlestown med. Journ.*, 1857, numéro de mai. — Je n'ai pu me le procurer à Paris.

Obs. XLIX. (De Morgan.) — Un garçon âgé de dix-sept ans, atteint de coxalgie avec luxation spontanée datant de deux mois, fut reçu à l'hôpital de Middlesex (Londres). On fit la résection de la tête et du col du fémur. La tête était cariée, mais la cavité cotyloïde était à peu près saine. — Il y eut peu de traumatisme. Le malade va aussi bien que possible. (*Med. Times and Gaz.*, 1857, t. 1er, p. 139.)

Obs. L. (Morris.) — Un malade âgé de dix-huit ans souffrait depuis sept ans d'une coxalgie survenue pendant le cours d'une fièvre typhoïde. L'articulation suppurait constamment, il n'y avait de temps en temps que de courtes rémissions. Il se confia aux soins de M. Morris (de Spalding).

La cuisse droite était devenue de 3 pouces plus courte que l'autre. Le genou s'inclinait sur la gauche, la plante du pied était tournée en dehors, le gros orteil appuyant sur le sol, à moitié chemin des orteils et du talon de l'autre pied, à côté duquel il restait comme fixé. Le grand trochanter faisait une saillie en arrière et appuyait fortement contre les téguments, comme s'il voulait les percer. Au-dessous et en arrière de lui s'ouvraient trois fistules conduisant sur l'os carié.

Le 12 novembre 1849, M. Morris enleva la tête de l'os dans laquelle existaient quatre cavités cariées. Il enleva aussi un séquestre derrière l'acétabulum.

Le malade se rétablit rapidement. Un an après l'opération, la santé était rétablie ; la plaie était parfaitement guérie, et, au lieu d'un membre immobile et contracturé, le malade avait une jambe forte, solide et parfaitement mobile dans son articulation. (*The Lancet*, 1852, t. II, p. 144.)

Obs. LI. (Parkman.) — Un garçon âgé de quatorze ans entra à l'hôpital de Boston, le 9 mai, pour une coxalgie arrivée à une période avancée. La maladie durait depuis six mois. Durant l'été, les symptômes s'aggravèrent de plus en plus, et de larges abcès s'ouvrirent à la fois dans la région et à la partie interne de la cuisse. Le membre était fort raccourci, les symptômes de fièvre hectique existaient déjà, et on crut plusieurs fois que le malade succomberait à la diarrhée.

Dans cette circonstance, on se décida à ouvrir les abcès de la fesse, à disséquer la peau depuis le trochanter jusqu'à la crête iliaque, et à examiner l'état de l'articulation, afin d'enlever la tête du fémur, si l'indication existait.

Le 19 octobre, après avoir éthérisé le malade, on ouvrit largement les abcès, et en disséquant la peau, on trouva une surface granuleuse de 6 pouces carrés. La tête de l'os était dans sa capsule, mais en faisant mouvoir le membre, on sentait une crépitation qui indiquait une carie étendue. Une ouverture fut faite à la partie supérieure de la capsule, et comme le ligament rond était détruit, la tête fut facilement luxée et coupée avec des cisailles au niveau de la partie moyenne du col. L'acétabulum était carié dans le quart de son étendue, mais on n'y toucha pas.

Depuis ce moment la santé du malade s'est beaucoup améliorée, les symptômes constitutionnels ont tout à fait disparu. Le malade n'a plus de diarrhée, il a bon appétit, engraisse, et tout promet une terminaison favorable.

Tout le cartilage articulaire avait disparu et il y avait un sillon de séparation entre les parties saines et la portion nécrosée de la tête.

27 janvier. — Trois mois après l'opération, le malade continue à aller très bien, et il n'y a pas de symptômes généraux fâcheux. (*Records of the Boston Society for medical improvements*, 1854, p. 262.)

Obs. LII. (Sayre.) — Page 40.

Obs. LIII. (Shaw.) — Page 49.

Obs. LIV. (Shaw.) — Elisabeth D..., jeune fille pâle, délicate et d'une apparence scrofuleuse, âgée de quatorze ans, fut admise le 20 mai 1856, à Middlesex hospital, service de M. Shaw, pour une affection de la hanche. Elle souffre depuis deux ans de la hanche gauche et resta onze mois à Bridgewater infirmary. Durant son séjour dans cet hôpital, un abcès se forma dans la région et fut ouvert il y a environ un an. Sa position devint plus fâcheuse, et elle ne put marcher qu'à l'aide de béquilles. La tête du fémur était luxée, une grande quantité de suppuration existait autour de la jointure. Elle souffrait beaucoup et présentait tous les symptômes d'une fièvre hectique. En entrant à l'hôpital, elle était très affaiblie et offrait tous les caractères de la diathèse scrofuleuse. La tête du fémur était luxée dans la fosse iliaque, il se formait chaque jour de nouveaux abcès, et il existait un grand nombre de fistules. On chercha à améliorer la santé générale.

Le 17 juillet 1856, M. Shaw, après avoir mis la malade sous l'influence du chloroforme, fit une incision *sur l'os* (*across the bone*), le dénuda et sépara avec la scie de Butcher la tête et le col du fémur. Il y eut quelques difficultés dans la séparation des os, ce qui tenait à des débris de la capsule attachés sur les bords de la cavité cotyloïde et qui durent être coupés d'abord. La forme de cette cavité était modifiée, son fond était aminci, mais il n'y avait pas de perforation. Elle était en partie remplie de tissu fibreux, et ses bords étaient unis et recouverts d'une membrane veloutée paraissant saine. Cette partie de l'articulation n'était plus malade au moment de l'opération. Avant la résection, la sensibilité de la région était extrêmement vive et la malade ne pouvait supporter aucun mouvement. Elle put aussitôt après être examinée et pansée sans éprouver la moindre douleur. Une bonne alimentation fut prescrite pour améliorer l'état général. L'appétit devint bon ; elle dormait bien, et la suppuration, qui après l'opération était très abondante, ne tarda pas à diminuer de quantité. La plaie est de bonne nature, granule bien, se cicatrise et diminue chaque jour d'étendue.

A la fin des premières six semaines une eschare se forma au sacrum, qui retarda un peu la guérison. Une petite lamelle osseuse paraissant venir du corps de l'os au-dessous du trochanter fut expulsée. A ce niveau était la cicatrice d'une ancienne fistule antérieure à l'opération, et à

travers laquelle une sonde pénétrait jusqu'au trochanter. On ne put employer d'attelles, et M. Shaw eut recours à la position en plaçant la jambe dans l'abduction et en élevant la cuisse sur un oreiller, ce qui procurait une forte extension et laissait les os en bonne position.

La jeune fille paraît tout à fait bien portante, se trouve très bien de l'usage du quinquina dans ses différentes formes, du vin et d'une bonne alimentation. Elle peut mouvoir son membre, mais n'ose pas encore sortir de son lit. Un des ganglions inguinaux a suppuré, mais il n'était en aucune façon en rapport avec l'articulation. M. Shaw espère, après quelque temps, tirer la jambe un peu plus en bas, et jusqu'à présent rien ne doit empêcher d'espérer une guérison avec un membre utile et une articulation mobile. (*The Lancet*, 1856, t. II, p. 431. — *Med. Times and Gaz.*, 1856, t. II, p. 442.)

Obs. LV. (Simon.) — Page 71.

Obs. LVI. (Smith.) — Page 61.

Obs. LVII. (Solly.) — William B... est depuis plusieurs mois dans la salle de M. Solly (Saint-Thomas) pour une tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale, qui paraît être survenue sous l'influence d'une violence extérieure. On essaya pendant longtemps de la guérir sans opération; mais, n'obtenant pas de succès, MM. Solly et Green, son collègue, crurent devoir recourir à la résection. Voici quel était à ce moment l'état du malade:

Il existe autour de l'articulation plusieurs fistules qui donnent issue à de la suppuration séreuse et sanguinolente. La toux est fréquente et s'accompagne de douleurs thoraciques, mais sans expectoration. Le pouls est à 100, mou ; la langue blanche, l'appétit mauvais, les sueurs sont fréquentes, les selles rares. Une sonde ordinaire pénètre de toute sa longueur dans la fistule supérieure, une seconde passée dans l'ouverture inférieure rencontre le premier instrument, mais en bas seulement; dans toute autre direction elle ne s'enfonce que de 3 pouces. Sur le trochanter elle frappe sur une substance solide, mais on ne peut décider si l'os est dénudé.

L'abondance de la suppuration conduisant rapidement le malade à la mort, je me décidai à l'amputer de l'os malade.

L'opération fut faite le 2 avril. Ma première incision commença à 2 pouces au-dessus du grand trochanter, et s'étendit en bas dans l'étendue de 7 pouces à travers l'ouverture de la fistule supérieure et s'arrêta à 2 pouces du petit trochanter. J'avais à couper à travers un tissu cellulaire, œdématié, dur, de près de 3 pouces d'épaisseur avant d'atteindre l'os. Une seconde incision de 3 pouces de longueur fut faite perpendiculairement à la première et tombait sur son milieu (T).

Je disséquai alors ce tissu fibreux épaissi qui entourait l'extrémité supérieure du fémur. Le col de l'os était entouré par la capsule épaissie et comme ossifiée par places. Je vis en même temps qu'une portion de la tête était ramollie et cariée. Je sciai le corps du fémur juste au-dessous du grand trochanter.

Il fut fort difficile de détacher la tête du fémur par suite de ses adhérences aux parties environnantes et aux tissus de nouvelle formation qui semblaient constituer une nouvelle cavité glénoïde. Enfin nous pûmes l'enlever. Le corps du fémur nous parut sain ainsi que les os du bassin. La cavité cotyloïde était un peu effacée, car ses bords étaient partiellement détruits et son *fond était rempli de tissu* de nouvelle formation, ossifié par place et présentant la texture molle des os cariés. Il n'y eut que très peu de sang répandu, et il n'y eut besoin d'aucune ligature. Les bords de la plaie furent réunis par cinq points de suture et quelques bandelettes.

Quatre heures du soir. — Le malade paraît faible. Pouls 100, petit et faible. Les membres inférieurs et spécialement le droit sont froids, beaucoup de douleurs. (Eau-de-vie à six heures.)

Neuf heures. — Peau plus chaude, pouls 108, plus fort, avec quelques intermissions. Langue

blanche et moite, un peu de soif, léger suintement de sang depuis l'opération. (Une demi-drachme de solution de Battley, 4 onces de vin et 4 onces de cognac.)

Minuit. — Il a dormi un peu, la peau est chaude, la respiration franche, le pouls, 114, régulier. (Un peu de cognac toutes les demi-heures.)

4 avril, dix heures du matin. — La nuit a été bonne, il a sommeillé de temps en temps, un peu de toux qui réveille de la douleur dans l'articulation. (Nitrate de potasse, une demi-drachme ; teinture d'opium, une demi-drachme ; essence de roses, 3 drachmes, à prendre à chaque quinte de toux. Le cognac est porté à 6 onces.) Pouls, 116, mou, un peu irrégulier ; peau chaude et moite, un peu de soif, un peu d'écoulement de sang par la plaie.

Dix heures du soir. — Il a pris un peu de viande pour dîner. A six heures, frisson et vomissement de son dîner. (Cognac.) Il y a un peu de rougeur et de tension autour de la plaie, et de fluctuation à sa partie inférieure. La sonde introduite fait écouler un peu de pus. Pouls, 124, régulier ; jambe froide.

5 avril. — Il a dormi quelques heures, moins de toux. Il n'y a plus de rougeur de la plaie, on enlève une suture. Pouls, 120. (Arrow-root et 2 onces de rhum.)

6 avril. — Nuit bonne, peau chaude et moite, langue blanche, peu d'appétit, écoulement régulier du pus, pas de rougeur et de tension autour de la plaie. Pouls, 124.

7 avril. — Nuit mauvaise par la gêne d'un autre malade ; langue blanche, appétit meilleur. On enlève les bandelettes et trois sutures. Le pus est un peu sanguinolent.

Les jours suivants, rien de remarquable ; le pouls continue à diminuer de fréquence.

15 avril. — De l'érysipèle se montre en avant de la plaie et occupe toute la cuisse. On enlève toutes les bandelettes et on n'applique que des cataplasmes. Langue brunâtre, céphalalgie, peu d'appétit, sentiment de faiblesse, peau chaude, mais non sèche ; pas de douleurs. Pouls, 140, plutôt faible, mais variable ; quelques intermittences. Dans la journée il vomit deux fois ; le soir la face est déprimée, les yeux un peu égarés. Il a cependant mangé comme d'habitude, la peau est chaude. Une selle. L'érysipèle s'étend depuis le haut de la cuisse jusqu'aux malléoles. Le pus est séreux. Le pouls à 136, faible. (Sinapismes sur la poitrine.)

16 avril. — Nuit assez bonne, mais sueurs fréquentes et abondantes ; face pâle, contenance anxieuse ; langue plutôt sèche. Des phlyctènes se montrent à la jambe. Les vomissements continuent. (Acide cyanhydrique, 5 minimes ; esprit aromatique d'ammoniaque, 1 drachme, toutes les six heures.)

17 avril. — La face est pâle et anxieuse, l'appétit mauvais, la langue sèche, la peau chaude, les sueurs fréquentes. Le pouls faible, à 134. (Créosote, 1 minime trois fois par jour.)

Les symptômes continuèrent à s'aggraver et il mourut le lendemain.

A l'*autopsie*, on trouva que la tête du fémur avait été enlevée près du petit trochanter, la surface de section de l'os, les bords qui l'entouraient étaient couverts d'une couche épaisse de granulations. Immédiatement au-dessous, la surface du corps était irrégulière et présentait un grand nombre de petits mamelons osseux. Le reste du fémur était sain. Le cartilage et les tissus fibreux de l'acétabulum étaient entièrement disparus. Les bords osseux étaient détruits par l'absorption ou la carie ; de sorte que la cavité avait entièrement perdu sa forme ; elle avait celle d'un ovale allongé dont le grand axe était dirigé de haut en bas en suivant la direction de la crête iliaque. La tête fémorale était logée dans la partie supérieure de cette cavité. Malgré ce changement de forme, l'acétabulum n'était pas carié, mais présentait des granulations. L'articulation renfermait un peu de pus, et la fistule ouverte de la partie inférieure de la plaie y aboutissait. Il y avait dans l'articulation quelques petits fragments osseux. Les viscères examinés avec soin ne présentaient rien de remarquable. Quelques graviers dans le rein gauche. (*The Lancet*, 1853, t. Ier, p. 3.)

Obs. LVIII. (Ure.) — William S..., âgé de huit ans, d'apparence émaciée, souffrait de la hanche depuis trois ans. Sur le grand trochanter droit existait un ulcère de la largeur d'un florin, de mauvais aspect, menant dans une cavité sinueuse très large, au fond de laquelle on trouve l'os dénudé laissant écouler du pus sanguinolent à la moindre pression. En examinant le rectum on trouva une ouverture arrondie mollasse communiquant avec cette cavité. Tous les traitements ayant été sans résultats, M. Ure se détermina à recourir à la résection. Il fit une incision curviligne longue de 3 pouces et demi environ le long du bord supérieur et postérieur du grand trochanter, en ménageant le grand nerf sciatique.

Il divisa alors les parties molles jusque sur la tête du fémur qui n'était plus retenu dans la cavité cotyloïde par suite de la destruction des ligaments rond et capsulaire. Il isola la tête et le col du fémur et le coupa à sa base avec des cisailles, et enleva sans difficulté la partie reséquée Quelques parties cariées sur les côtés du grand trochanter furent enlevées avec la gouge, de même que sur la partie supérieure et postérieure du rebord de la cavité cotyloïde. La portion d'os enlevée était d'une couleur rouge sombre molle, poreuse et cariée. Le cartilage d'incrustation était en grande partie détruit. La plaie fut fermée par des points de suture et la cuisse fut maintenue dans une flexion et une abduction legères.

Un peu plus de six semaines après l'opération il put se promener dans la salle avec des béquilles et pouvait fléchir la cuisse sur le bassin (même préalablement fixé avec soin). Il y avait peu de raccourcissement. En marchant il plaçait sur le sol les orteils et le talon; il restait encore deux petites fistules donnant très peu de pus. Il a considérablement gagné en force et en santé. L'amélioration survenue depuis l'opération est des plus remarquables.

(Lu à Harweian Society, par M. Ure, *Med. Times*, 1857, t. II, août, p. 153.)

En octobre de la même année *il fut vu hors de l'établissement* en assez bonne santé, marchant assez bien, mais le membre n'était pas assez long pour permettre au talon de toucher le sol. (Basire, *Thèse*, obs. XI (1).)

Obs. LIX. (Walton.) — Un garçon, âgé de douze ans, souffrait depuis environ dix-huit mois de tous les symptômes d'une coxalgie. Il fut pendant quelque temps soumis aux soins de M. Sym. Quand je le vis il était réduit presque à l'état de squelette, par suite d'un abcès et de la fièvre.

Quelque temps après j'ouvris un autre abcès à la partie interne de la cuisse près du scrotum, il s'en échappa un peu de sang et beaucoup de pus fétide. Il ne lui restait guère de chance de vivre que dans une opération. Je me décidai à la pratiquer. Le tête du fémur n'était pas luxée. Le col de l'os fut scié près des trochanters. L'acétabulum était dénudé et rugueux au centre, plus spécialement dans les endroits où il était en contact avec la tête du fémur. Il ne souffrit que très peu de l'opération.

A huit heures du soir survint une sérieuse *hémorrhagie* et avant que je pusse arriver, il était mort.

L'autopsie ne fut pas permise, nous ne pûmes qu'examiner la partie externe du membre par où le sang s'était échappé.

L'abcès s'était étendu profondément entre les adducteurs, isolant et disséquant l'artère et la veine.

A l'endroit où la veine fémorale profonde rejoint la fémorale il y avait une petite ulcération par où provenait l'hémorrhagie. (*The Lancet*, 1852, t. II, p. 144.)

(1) Cette observation nous a paru être la même que celle rapportée dans *The Lancet*, 1857, t. II, p. 419, l'âge du malade est un peu différent. — Fock a distingué ces deux observations qu'il rapporte à deux malades différents.

Obs. LX. (Skey.) — Simple mention de *Half-yearly abstract*, t. XXVIII, p. 250.

Obs. LXI. (Sayre.) — Simple mention. — Vers la fin du sixième mois, la plaie étant presque entièrement cicatrisée, le malade commença à marcher avec des béquilles. Raccourcissement d'un quart de pouce ; les mouvements de flexion et de rotation sont possibles; peu à peu les mouvements devinrent plus libres et le malade put marcher avec un bâton.

Etat général excellent. (Langenbeck, *Archiv.*, 1860. — *Mém.* de Fock, n° 68. — *New-York Journ.*, jan. 1855.)

Obs. LII. (Textor.) — Mémoire de Fock.

Obs. LXIII. (Heusser.)— L'os fut scié au-dessous des deux trochanters. Au bout de six mois le malade marchait bien avec un talon élevé et un bâton. Le raccourcissement était de plus d'un pouce. Il n'est pas certain que l'auteur ait revu le malade au moment de la publication, c'est-à-dire deux ans après l'opération. (Schweiz, *Kant. Zeitschr.*, 1854, et Schmidt, *Jahrbb.*, t. LXXXV, p. 89.)

Obs. LXIV. (Ried.) — Opéré le 12 août 1852. En mai 1853, il pouvait appuyer sur le membre et marchait assez bien à l'aide d'un bâton. Sorti de l'hôpital le 5 septembre. Raccourcissement de deux pouces et demi, néanmoins il peut s'appuyer et faire quelques pas sans bâton. En marchant les mouvements se font à la fois dans le bassin et dans la cuisse, les mouvements sont possibles dans l'articulation, mais peu étendus. (L. Schillback, *Beitr. zu den Resect.*, 1858, 1re partie, p. 12.)

Obs. LXV. (Esmark.) — Simple mention.

Obs. LXVI. (Textor.) — Simple mention.

Obs. LXVII. (Kuhn.) — Col du fémur spontanément détaché. Carie du sacrum et de l'ischion. Mort de maladie de Bright (Fock, n° 71).

Obs. LXVIII. (Roser.)— Conrad Ebener, âgé de huit ans, atteint depuis dix mois d'une arthrite de l'articulation de la hanche, entre le 8 janvier 1855 à la clinique de Marbourg. La cuisse est dans l'adduction et la rotation en dedans, visiblement luxée.

En arrière et au-dessus du grand trochanter, la peau est soulevée et détruite dans l'étendue d'un demi-pouce. Résection le 5 février 1855. Le grand trochanter est circonscrit par une incision prolongée jusqu'au petit trochanter, l'os est scié suivant une ligne qui passerait entre les deux trochanters, il y eut à peine deux cuillerées de sang de perdu. La cavité cotyloïde paraît saine, le col du fémur est presque entièrement nécrosé, mais le séquestre est solidement enchâssé dans de l'os sain. Décubitus sur le côté droit. Réaction presque nulle, guérison lente. Un abcès se forme peu à peu dans le région de l'aine, il fut ouvert sans qu'il fût possible de savoir s'il était dû à la perforation de la cavité cotyloïde, ou s'il s'était formé le long du psoas. Sorti avant la guérison complète de la fistule en juin 1855.

Le 15 mai 1860, Roser dans un voyage rencontra ce malade. Raccourcissement très faible, il marche sans béquilles. Pas de torsion du membre, néanmoins un peu d'adduction; il ne fut pas possible d'examiner le malade plus en détail. (*Mém.* de Fock, n° 72.)

Obs. LXIX. (Textor.) — Mentionné par Fock.

Obs. LXX. (Dumreicher.) — Depuis deux ans inflammation de l'articulation de la hanche droite. Trajets fistuleux, luxation spontanée. Résection le 16 novembre 1857. Le col est séparé au niveau du grand trochanter à l'aide d'un ciseau rond. Une cavité cariée du grand trochanter est ruginée et cautérisée. Extension lente de la cuisse qui était dans une flexion forcée et dans l'adduction. Peu de réaction. Au bout de deux mois, le malade marche avec des béquilles, le 7 février avec une seule béquille; il se sert d'un talon élevé de deux pouces. Plus tard il se forma une série d'abcès, par lesquels sortaient des séquestres, ils s'éliminèrent

dans l'espace de quelques jours. (*Allg. Wiener med. Zeitung*, 1858, nov., p. 83. — *Mém.* de Fock, n° 96.)

Obs. LXXI. (Langenbeck.) — Bertha Hanisch, de Brandebourg, entre le 8 avril 1856, à la clinique de Langenbeck et sort le 20 mai 1857. Douleur de la hanche gauche, de durée indéterminée. Le cuisse fléchie fortement est dans la rotation en dedans. Extension à l'aide du chloroforme. Le raccourcissement n'est plus que d'un quart de pouce. Bains salés, vésicatoires, appareil plâtré, puis appareil à extension de Ross.

Abcès le long de la cuisse, ponction et formation de trajets fistuleux, sueurs nocturnes, diarrhée.

Le 17 février. — Incision de quatre pouces sur le grand trochanter. Résection. Cavité cotyloïde rugueuse par places, on enlève ce qui est malade. Ecoulement sanguin peu abondant. Réaction peu forte. La presque totalité de la plaie se réunit par première intention.

Le 6 mars, état général satisfaisant, pus abondant, mais de bonne nature. Le 11 mars, léger frisson, fièvre jusqu'au 5 avril, après quoi un mieux sensible se manifeste à la suite de l'évacuation d'un peu de pus retenu sous la cicatrice.

Le 20 mai, la guérison est assez avancée pour que la malade puisse sortir. On ne sait malheureusement rien de bien exact sur l'utilité de ce membre. (*Mém.* de Fock, n° 97.)

Obs. LXXII. (Langenbeck.) — Mention de Fock.

Obs. LXXIII. (Kukler.) — Mention de Fock.

Obs. LXXIV. (Nussbaum.) — Destruction très avancée, tête et grand trochanter entièrement détruits, cavité cotyloïde perforée, on pénètre facilement avec deux doigts dans la cavité abdominale. Les parties cariées du rebord de la cavité cotyloïde, ainsi que le tiers supérieur du fémur, sont enlevées à l'aide de la scie. Les forces se relevèrent dès que la suppuration eut cessé, et la vie fut sauvée. Le raccourcissement de trois pouces et demi nécessite un appareil pour rendre la marche possible. (*Aerztliches Intell.*, Munich, avril 1859. *Mém.* de Fock, 106.)

Obs. LXXVI. (Nusbaum.) — Coxalgie droite depuis quelques années, guérie avec une contracture considérable. Coxalgie à gauche peu de temps après ; suppuration, fièvre hectique. 6 décembre 1858, résection au-dessous du grand trochanter ; cavité cotyloïde élargie, cariée et perforée. Le rebord est séparé avec un trait de scie ; le fond est ruginé ; réaction peu violente. Guérison presque complète au bout de quatre mois. La marche est possible avec des béquilles. (*Mém.* de Foch, n. 107.)

Obs. LXXVII. (Esmarck.) — Malade entré le 27 mars 1858 à la clinique de Kiel, pour une luxation spontanée, avec suppuration de l'articulation coxo-fémorale droite, suite d'une chute datant d'un an et demi. La suppuration de plusieurs trajets fistuleux avait tellement épuisé le malade qu'il était réduit à un état désespéré et d'une maigreur squelettique. Résection le 25 novembre 1858. La tête, le col et les trochanters sont enlevés ; les trajets fistuleux ouverts dans toute leur étendue. Le malade se remit rapidement et reprit ses forces et son embonpoint dans le courant de l'année suivante. Vers la fin de 1859, il pouvait marcher à l'aide d'un bâton et d'un talon élevé. Néanmoins, il existe encore aujourd'hui quelques trajets fistuleux qui semblent conduire vers la cavité cotyloïde, sans qu'il soit possible toutefois d'atteindre avec la sonde l'os carié. (*Lettre* d'Esmarck ; *Mém.* de Fock, n. 108.)

Obs. LXXVIII. (Fock.) — Mina Flügel, de Magdebourg, âgée de neuf ans, coxalgie datant de trois ans. Entrée à l'hôpital en mai 1859. Flexion considérable de la jambe sur la cuisse, et de la cuisse sur le bassin. Raccourcissement de trois pouces, dû surtout à l'élévation du bassin ; vaste abcès s'étendant de la crête iliaque jusqu'au milieu de la cuisse ; crépitation évidente dans les mouvements communiqués. Résection le 13 mai 1859. L'abcès, ouvert par une incision longitudinale, laisse écouler 4 litres de pus. Division des muscles par une

incision semi-lunaire contournant le grand trochanter. Abcès volumineux sous les muscles fessiers. La capsule perforée est ouverte complétement, et le fémur luxé est scié avec une scie à chaîne au-dessous du grand trochanter. Le fond de la cavité cotyloïde dépouillé de cartilage est ruginé.

L'hémorrhagie fut insignifiante, la malade fut placée dans l'appareil à suspension de Heath. Pendant huit jours, fièvre traumatique interne, disparue complétement à la fin de la troisième semaine. Au bout de trois mois, la cicatrisation était presque complète. Dans la dix-huitième semaine, la malade commença à se lever et à marcher à l'aide de béquilles; cinq mois après l'opération, la cicatrisation était complète; la malade marchait facilement à l'aide d'une canne.

Avril 1860. — Elle peut se tenir debout et marcher sans le secours de la canne dont elle se sert habituellement. Le raccourcissement est d'un pouce. L'enfant peut se tenir debout sur la jambe opérée seule. Les mouvements actifs et passifs s'exécutent assez bien. (*Archives gén. de méd.*, 1860, IIe vol., p. 475.)

Obs. LXXIX. (Fock.) — Auguste Helm, de Wortmirstedt, âgé de quatorze ans, affecté d'une coxalgie à gauche depuis dix-huit mois. Allongement apparent d'un pouce; abcès considérable dans la région fessière, crépitation dans les mouvements de l'articulation. Résection le 10 juin 1859; procédé semi-lunaire; section du col; la cavité cotyloïde malade est ruginée; hémorrhagie insignifiante.

Le malade fut d'abord placé dans l'appareil de Heath, puis sur un matelas ordinaire. Réaction fébrile intense dans les premiers jours. Tout alla bien jusqu'à la neuvième semaine; mais, à cette époque, les jambes s'œdématièrent, les urines contenaient de l'albumine; une anasarque générale se montra et le malade succomba à la maladie de Bright onze semaines après l'opélation.

L'*autopsie* fit constater une dégénérescence graisseuse du foie; le rein gauche était hypertrophié, le droit atrophié; tous deux présentaient aussi la dégénérescence graisseuse; le fémur et la plus grande partie de la cavité cotyloïde étaient recouverts de bourgeons charnus. (*Archives gén. de méd.*, 1860, IIe vol., p. 577.)

Obs. LXXX. (Fock.) — Ernest Hoher, âgé de vingt-deux ans, atteint de coxalgie aiguë du côté droit. Malgré un traitement antiphlogistique énergique, on trouva bientôt un allongement, puis un raccourcissement; la fièvre persista.

Quatre mois après, l'état du malade s'était notablement aggravé : raccourcissement de deux pouces, luxation iliaque, pas de signe d'abcès périarticulaires. Tentatives infructueuses de réduction; résection le 27 septembre 1859. Le col est scié immédiatement en dedans du grand trochanter. La cavité cotyloïde était saine, la tête fémorale était gonflée et ramollie, son cartilage, quoique aminci, existait encore; hémorrhagie insignifiante.

Jusqu'au 10 octobre, l'état local et général resta très satisfaisant. Ce jour on communiqua imprudemment au malade la nouvelle d'un décès qui l'ébranla vivement. A midi on le trouva très agité; dans la soirée, frisson violent, suivi de sueurs, qui se répéta plus intense le 12 octobre. Le malade succomba à l'infection purulente le 15.

A l'*autopsie*, on trouva le cartilage de la cavité cotyloïde en partie détaché; la surface de section du fémur était baignée de sanie, ainsi que la substance médullaire, jusqu'à trois quarts de pouce de profondeur. (*Archives gén. de méd.*, 1860, IIe vol., p. 579.)

Obs. LXXXI. (Fock.) — Frédéric Sternanler, âgé de quarante-neuf ans, d'une bonne santé, avait reçu, il y a environ vingt-six ans, un coup de pied de cheval dans la hanche gauche; il séjourna pendant trois mois à l'hôpital militaire. Le malade affirma que depuis ce moment son extrémité inférieure est restée un peu raccourcie, et qu'il éprouvait parfois des douleurs dans

la hanche. Il y a six ans, les élancements douloureux se montrèrent de nouveau dans la jointure, et obligèrent le malade à renoncer à son travail. Il fut admis à l'hôpital le 9 janvier 1859.

Le bassin est dans sa direction normale, le grand trochanter remonte à trois quarts de pouce au-dessus du niveau du trochanter gauche. L'articulation était immobilisée par la contraction des muscles. On diagnostiqua une arthrite rhumatismale contre laquelle on employa les ventouses, les vésicatoires, le fer rouge et un traitement hydrothérapique.

En dépit de ces moyens, les symptômes s'aggravèrent; le raccourcissement atteignit un pouce et demi; pas d'abcès périarticulaires, mais crépitation osseuse pendant les mouvements passifs imprimés à l'articulation. Après dix mois de traitement, la maladie continuant, on se décida à pratiquer la résection le 11 octobre 1859. Incision curviligne, section au-dessous du grand trochanter. Le corps et le col du fémur étaient confondus en une masse arrondie, épaisse et aplatie; cavité cotyloïde très élargie.

Pas d'hémorrhagie; réaction fébrile légère. Au bout de sept semaines, la cicatrisation était complète; le malade se leva la dixième semaine et put marcher à l'aide de béquilles. Les mouvements de la nouvelle articulation sont assez satisfaisants, quoique encore douloureux. Le malade marche avec une chaussure à talon élevé d'un pouce et demi, et en s'aidant de béquilles, l'extrémité inférieure gauche ne supportant pas encore le poids du corps. (*Archives gén. de méd.*, 1860, IIe vol., p. 580.)

Obs. LXXXII. — Emma Egeling, âgée de treize ans, fut reçue à l'hôpital le 5 janvier 1860, pour une coxalgie gauche datant de trois ans. Raccourcissement apparent de deux pouces trois quarts; fièvre hectique très intense, pouls de 132 à 136. Tête fémorale non luxée, pas d'abcès périarticulaires, crépitation très prononcée par les mouvements communiqués.

Résection le 9 janvier 1860. Hémorrhagie plus abondante que de coutume; le ligament rond était détruit; l'articulation remplie de pus séreux; la tête fémorale était en partie détruite, rugueuse partout, ramollie et poreuse. Section au-dessous du grand trochanter; le fond de la cavité cotyloïde, carié dans une grande étendue, est ruginé.

La toux, les sueurs nocturnes ont diminué. Actuellement (commencement d'avril 1860), la plaie est presque complétement cicatrisée; il ne reste qu'une surface suppurante de l'étendue d'une pièce de 5 francs et de bonne apparence. (*Archives gén. de méd.*, 1860, IIe vol., p. 582.)

Obs. LXXXIII. — Augusta Horn, de Magdeboug, âgée de treize ans, atteinte depuis huit semaines, peut-être à la suite de refroidissement, de douleurs violentes dans l'articulation coxo-fémorale droite, accompagnées d'une fièvre intense. Malgré des applications de sangsues et des fomentations froides, il se forma, au bout de quinze jours, un abcès à la face externe de la cuisse; l'abcès fut ouvert.

La malade, grêle, pâle, amaigrie, fut reçue à l'hôpital le 12 mars 1860. Fièvre intense, 136 pulsations par minute; l'extrémité inférieure droite est dans un raccourcissement réel d'un pouce un quart. Crépitation étendue, manifeste dans les mouvements; la tête fémorale, incomplétement déplacée, paraissait reposer sur le bord postérieur de la cavité cotyloïde.

Nous nous décidâmes à pratiquer la résection, en considération de la suppuration et de la carie avancée de l'articulation.

Le 16 mars, incision semi-lunaire, tête presque entièrement détachée du col, ligament rond détruit. Le col est scié à sa base; le bord postérieur de la cavité cotyloïde carié est touché avec un fer rouge.

État satisfaisant les premiers jours; le septième, frisson suivi d'aggravation; agitation insomnie, fréquence du pouls. Mort quatorze jours après l'opération.

A l'*autopsie*, on reconnut que la carie s'était étendue à toute la cavité articulaire ; le périoste du fémur était décollé jusqu'aux condyles, soulevé par une couche mince de pus; la cavité médullaire de l'os était infiltrée de sanie ; la veine fémorale contenait un caillot long de trois pouces; l'articulation du cou-de-pied droit renfermait du pus. Pas d'autres lésions. (*Archives gén. de méd.*, 1860, IIe vol., p. 583.)

Obs. LXXXIV. (Langenbeck.) — Coxalgie droite datant de neuf mois, suppuration, fièvre hectique. La résection fut faite le 13 février 1860, l'état désespéré du malade ne laissant plus d'autre espoir. Le fémur est luxé en arrière et en haut.

Incision courbe de quatre pouces au-dessus du grand trochanter ; trait de scie au-dessous. Le cartilage était ramolli et érodé, la cavité cotyloïde remplie de granulations.

L'état fut bon jusqu'au 19 février ; à partir de ce moment, il devint plus mauvais. Le malade mourut le 21 février, après une grande agitation et du coma.

Autopsie. Pus dans la veine iliaque interne; abcès métastatique à la base du poumon gauche; la surface de section du fémur est cariée. (*Communication originale*; *Mém.* de Foch, n. 109.)

Obs. LXXXV. (Esmarck.) — Arthrite chronique de l'articulation coxo-fémorale gauche due à une contusion. Douleurs très vives qui résistent à toute médication ; épuisement du malade. Le 24 janvier 1860, résection de la tête et du col. Un vaste abcès, dans le voisinage de l'articulation, est largement ouvert. La tête du fémur était ramollie. Dans le principe, le malade semblait se remettre. Le 5 février, premier frisson. Mort le 9 février, avec les symptômes ordinaires de la pyoémie.

Autopsie. — Thrombus de la veine crurale, infiltration purulente du fémur dans le voisinage du trait de scie. Dans les poumons, absence complète de foyers purulents, mais une grande quantité d'amas de tubercules miliaires et quelques anciennes cavernes au sommet. (*Lettre* d'Esmarch ; *Mém.* de Fock, n. 110.)

Obs. LXXXVI. (Rausche). — La coxalgie existait du côté gauche depuis deux ans environ ; la cuisse était enkylosée dans la flexion et la rotation en dedans; vaste abcès derrière le grand trochanter ; fièvre hectique.

Le 23 mars 1860, section de l'os au niveau des trochanters; l'extirpation de la tête est très difficile à cause de l'ankylose ; réaction vive.

Je vis le malade deux mois après l'opération ; l'état général était bon, ainsi que le sommeil et l'appétit. La cuisse était dans la rectitude, et le patient pouvait la mouvoir spontanément dans toutes les directions ; la peau, primitivement décollée, avait contracté des adhérences dans presque toute l'étendue du décollement. La plaie est en partie cicatrisée ; tout semble autoriser à attendre un résultat favorable. (*Mém.* de Fock, n° 111.)

APPENDICE.

Depuis la présentation de notre travail à l'Académie et la lecture du rapport de M. Gosselin, un certain nombre d'observations de résections de la hanche ont été publiées. Nous croyons utile de donner sous forme d'appendice une analyse très sommaire, des faits qui n'avaient pu trouver place dans notre mémoire.

Obs. LXXXVII. Fergusson. — King's College hospital à Londres. J. W..., âgé de douze ans. Reçu à l'hôpital le 17 septembre 1859. Coxalgie datant de trois ans avec abcès, fistules. Résection le 8 octobre. Pas de luxation spontanée. Résection sous les trochanters. La cavité cotyloïde, partiellement nécrosée, est ruginée. Affaiblissement, vomissements fréquents. *Mort* le 17 novembre. (*Med. Times and Gazette*, 7 avril 1860.)

Obs. LXXXVIII. Fergusson. — William K..., âgé de quatre ans, entré à l'hôpital le 28 février 1860. Coxalgie droite attribuée à une chute faite en mai 1859. Abcès, ouverture de l'articulation, amélioration. Envoyé à la campagne le 19 mai 1860, rentré à l'hôpital le 4 juillet. Luxation incomplète, suppuration dans l'articulation; résection du fémur sous le grand trochanter le 7 juillet. Acétabulum sain. 16 août, l'attelle a été enlevée; les mouvements sont libres, la plaie à peu près complétement guérie. On applique l'extension continue pour combattre un peu de raccourcissement. (*Med. Times and Gazette*, 1er septembre 1860.)

Obs. LXXXIX. Fergusson. — W. B..., âgé de treize ans. Entré à l'hôpital le 4 octobre 1861. Coxalgie suppurante depuis quatre ans. La carie du fémur est facilement constatée à travers les nombreuses fistules. Résection le 19 octobre. L'acétabulum, très malade, semble perforé. Rugination de la cavité cotyloïde. 27 décembre. L'enfant quitte l'hôpital, mais les fistules suppurent encore. (*The Lancet*, 1862, 24 mai.)

Obs. XC. Bowman. — King's College hospital à Londres. Mary A. K..., âgée de six ans, entrée le 4 février 1860. Coxalgie suppurée datant d'un an. 19 mai, incision exploratrice; constatation de la nécrose du col et de la tête du fémur; résections sous les trochanters. Cavité cotyloïde nécrosée sur ses bords et ruginée. La malade sort guérie le 2 août. Les mouvements sont libres, la santé générale est revenue avec l'embonpoint.

(*Med. Times and Gazette*, 1er septembre 1860.)

Obs. XCI. Holt. — Westminster hospital à Londres. William P..., âgé de huit ans, entré à l'hôpital le 4 septembre 1861. Coxalgie gauche suppurée datant de trois ans. Flexion considérable de la cuisse et de la jambe avec adduction. Fistules nombreuses. Résection le 22 octobre 1861. Incision en T. Luxation iliaque. Rugination et perforation de l'acétabulum; introduction du doigt dans le bassin.

29 janvier 1862. — L'enfant sort de l'hôpital; il y a encore deux petites fistules. Il y a 3 pouces de raccourcissement. Les mouvements sont libres et faciles. W. P... se promène sans l'aide de béquilles, portant seulement un soulier à haut talon, et boite à peine.

(*The Lancet*, 24 mai 1862.)

Obs. CXII. Holt. — Harry P..., âgé de huit ans, entré le 16 septembre 1861. Coxalgie gauche datant de deux ans. Séjour antérieur de deux mois à Saint-Georges. Suppuration de l'articulation, fistules, carie des os. Résection le 1er octobre. Pas de luxation spontanée. Rugination de l'acétabulum.

10 décembre. — Guérison complète. 2 pouces et demi de raccourcissement, mouvements faciles; le malade se promène hors de l'hôpital portant un soulier à haut talon, et ne s'aidant que d'une béquille. (*The Lancet*, 24 mai 1862.)

Obs. CXIII. Holt. — Catherine-Louisa H..., âgée de huit ans, entrée à l'hôpital le 4 février 1862. Coxalgie suppurée à droite datant de trois ans. Résection sous le grand trochanter le 15 avril. Rugination de la cavité cotyloïde.

13 mai. — La plus grande partie de la plaie est guérie, la suppuration insignifiante et la santé améliorée. (*The Lancet*, 24 mai 1862.)

Obs. CXIV. Partridge. — King's College hospital à Londres. William E..., âgé de huit ans, entré à l'hôpital en mai 1859. Coxalgie droite suppurée datant de six ans. Abcès, fistules, carie. Résection sous le grand trochanter le 29 juin. Rugination de l'acétabulum. La plaie est presque

cicatrisée le 1er novembre ; le malade sort guéri le 18 novembre 1859. (Pas de renseignements sur l'état du membre.) (*The Lancet*, 2 février 1861.)

Obs. CXV. Nunn. — Middlesex hospital à Londres. Petite fille de douze ans. Coxalgie suppurée à droite. Traitement par l'immobilité. Abcès jusque vers le milieu de la cuisse ; incision exploratrice, suivie de résection sous le grand trochanter le 20 novembre 1861. Vers la fin de mars 1862, la suppuration continuant, on fait une incision pour rechercher si quelque partie de l'os iliaque n'est pas cariée. On ne trouve ni séquestre ni carie.

17 mai. — La malade est retournée chez elle ; sa santé générale est excellente, mais il y a encore de la suppuration, et le membre est dans une adduction marquée due à la tension du grand adducteur, dont M. Nunn se propose de faire la section sous-cutanée.

(*The Lancet*, 24 mai 1862.)

Obs. CXVI. Erichsen. — University College hospital à Londres. John G..., âgé de huit ans, admis le 29 mai 1860. Coxalgie à droite datant de trois ans. Suppuration de l'articulation. Drainage de l'abcès, amélioration, sortie de l'hôpital le 21 septembre. Rentrée le 8 octobre pour la quatrième fois. Traitement par l'immobilité ; pas d'amélioration. Résection du grand trochanter seul le 26 octobre ; la tête fémorale est laissée en place.

21 novembre. — L'enfant sort de l'hôpital tout à fait guéri. L'articulation nouvelle semble se consolider. (*The Lancet*, 2 février 1861.)

Obs. CXVII. Collis (de Dublin). — Résection du grand trochanter et de l'acétabulum sur un petit garçon, le 17 mai 1861, pour une coxalgie suppurée datant de deux ans. L'enfant allait bien quelques jours après, lors de la présentation des os reséqués à la Société de chirurgie d'Irlande le 23 février ; mais nous manquons de détails ultérieurs.

(*Dublin med. Press*, 27 mars 1861.)

Obs. CXVIII. Swinburne (d'Albany, États-Unis). — J. O'C..., âgé de dix ans. Coxalgie suppurée ; luxation spontanée. Résection le 2 avril 1861 entre les trochanters ; rugination de l'acétabulum. Guérison en cinq mois ; un demi-pouce seulement de racccourcissement.

(*Philadelphia med. and surg. Reporter*, 30 novembre 1861.)

Obs. LXLIX. E.-S. Cooper (de San-Francisco). — M. H..., âgé de treize ans. Coxalgie suppurée ; extraction de séquestres ; déviation du membre. Résection en mars 1857. Enlèvement de la tête et du col du fémur. Rugination de l'acétabulum. Guérison en six mois ; marche facile ; guérison complète. Le malade fait une lieue en ne s'aidant que d'une canne.

(*American med. Times* et *Dublin med. Press*, 1861, p. 233.)

Obs. C. — Résection sans nom d'auteur de la tête et du col du fémur, le 13 mai 1861, sur une petite fille nommée Travers. Guérison en cinq semaines. Le 18 juin, elle se promène dans la rue à l'aide de béquilles. (*San-Francisco med. Press*, 1861, p. 159.)

Obs. CI. James Morton. (Glasgow roy. infirmary). — E. G., âgé de treize ans, entré le 16 avril 1860. Coxalgie ancienne, position vicieuse du membre. Redressement de la cuisse le 2 mai. Marche aiguë de la coxalgie. Résection le 11 juillet ; incision en T. Luxation spontanée survenue depuis le redressement, section sous le grand trochanter. Rien dans l'acétabulum. Le 22 septembre l'enfant est toujours en traitement. (*Glasgow medical Journal*, 1861, p. 345.)

Obs. CII. Marjolin (Sainte-Eugénie). — Louise L., huit ans, entrée à l'hôpital le 22 mars 1854. Coxalgie suppurée depuis un an. Luxation spontanée. Tête du fémur à nu dans une vaste plaie de la hanche. Résection de la tête fémorale en août 1855. La cavité cotyloïde est malade, mais elle n'a pas été ruginée. Continuation de la suppuration. Mort en 1356.

(Gibert. *Thèse inaugurale*, 1859, n° 28, Obs. XIII.)

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS DES RÉSECTIONS POUR PLAIES D'ARMES A FEU.

NUMEROS.	NOM DU CHIRURGIEN.	DATE DE L'OPÉRATION.	NOM DU MALADE.	PERSONNES ATTEINTES.	CAUSES DE LA RÉSECTION.	NATURE ET SIÉGE DE LA RÉSECTION.	RESULTATS.	BIBLIOGRAPHIE.
1	Oppenheim..... (Eskianna Utlar).	1829	N. N.....	soldat	Plaie d'arme à feu....	Résection sur le grand trochanter.	Mort du typhus.....	Bonino, *Annales de la chirurgie française et étrangère.*
2	Seutin..... (Anvers).	1832	Lisieux, 25e régiment.	soldat	Plaie d'arme à feu....	Résection de la tête	Mort.....	Paillard, *Siége d'Anvers.*
3	O'Leary..... (Sébastopol).	1855 19 août	M'Kenna, 68e régiment.	soldat	Plaie d'arme à feu....	Extrémité supérieure du fémur.....	Guérison complète. Marche facile.....	*Med. Times*, 1856, t. II, p. 298.
4	Blenkins..... (Sébastopol).	1855	N. N.....	soldat	Plaie d'arme à feu....	Extrémité supérieure du fémur.	Mort la cinquième semaine.	Guthrie, *Commentaires*, p. 621.
5	Crerar..... (Sébastopol).	1855 6 août.	W. Smith, 1er régiment.	soldat	Plaie d'arme à feu....	Sous le grand trochanter.	Mort.....	Guthrie, *Commentaires*, p. 626.
6	Hyde..... (Sébastopol).	1855 Sébast.	Benj. Shehan 41e régiment.	capor	Plaie d'arme à feu...	Tête et col du fémur....	Mort.....	Guthrie, *Commentaires.*
7	Coombe..... (Sébastopol).	1855	N. N.....	soldat	Plaie d'arme à feu...	Extrémité supérieure du fémur.	Mort.....	Guthrie, *Commentaires.*
8	Macleod..... (Sébastopol).	1855	N. N.....	soldat	Plaie d'arme à feu...	Extrémité supérieure du fémur.	Mort.....	Guthrie, *Commentaires.*
9	Schwarz..... (Schleswig-Holstein).	1849	N. N.....	soldat	Plaie d'arme à feu....	.....?.....	Mort le 7e jour.....	*Beitrage zur Lehre von den Schuswunden harald, Schwartz*, 1854.
10	Baum.....	1854	N. N.....	H.	Plaie d'arme à feu....	.....?.....	Mort la 22e semaine.....	Lohmeyer, *Schuswunden*, 199.
11	Textor.....	1847	N. N.....	H.	Coup de feu. Carie...	.....?.....	Mort le 10e jour.....	Tableau de Textor.

DEUXIÈME PARTIE.

DE LA RÉSECTION DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE DANS LES CAS DE PLAIES PAR ARMES A FEU.

Parmi les blessures causées par les projectiles lancés par la poudre à canon, en dehors des lésions qui entraînent d'une manière à peu près certaine la mort du blessé, les plus graves, sans contredit sont celles qui atteignent une des grandes articulations telles que l'épaule, le coude, le genou ou la hanche. L'ouverture de la cavité articulaire vient augmenter dans de terribles proportions, le danger déjà si grand de la fracture comminutive d'un ou de plusieurs os, fracture dont le foyer est mis ainsi en communication avec l'air extérieur.

L'espoir d'obtenir la guérison en conservant le membre est si faible, le danger que l'on fait courir au malade est si grand si l'on se borne à l'extraction de quelques esquilles libres, que l'amputation dans ces cas est une règle qui, jusqu'à présent, a été on peut le dire, à peu près constamment suivie par les chirurgiens d'armée.

Cette règle ne doit-elle souffrir aucune exception, ne peut-on, ne doit-on pas dans certaines circonstances chercher à conserver le membre? L'amputation, cette ressource si grave, ne peut-elle être remplacée par une opération qui fasse courir au blessé moins de chances de mort? C'est ce que nous allons chercher à établir par l'étude des faits que possède la science.

Boucher (de Lille) avait eu un des premiers l'idée de la résection des os dans les cas de plaies par armes à feu des articulations. Il pensa qu'on pourrait à l'aide de cette opération éviter l'amputatiou dans un certain nombre de cas, mais en même temps il crut qu'à la nature elle-même devait le plus souvent être confiée la séparation par nécrose des parties osseuses affectées, le chirurgien se tenant prêt à faciliter l'issue de cette partie à l'aide d'incisions convenables (1).

(1) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, 1768, t. V.

Le fait de résection de l'épaule pratiquée par Moreau (de Bar-le-Duc) en 1786 était connu de quelques chirurgiens (quoiqu'il n'ait été publié qu'en 1816), puisque l'observation avait été communiquée en 1787 à l'Académie de chirurgie. Le baron Percy, frappé des avantages que cette méthode avait sur l'amputation, chercha dès lors à la faire entrer dans la pratique de la chirurgie militaire. Il eut recours plusieurs fois à la résection de l'épaule, car il montra à Sabatier neuf soldats qui avaient subi avec succès cette opération. L'illustre Larrey la fit à l'armée du Rhin en 1793, la répéta pendant la campagne d'Égypte et les campagnes d'Europe (1); son exemple a été assez souvent suivi, et quoique la résection de l'épaule soit encore loin d'être pratiquée dans tous les cas où elle pourrait l'être, on peut dire qu'elle a pris rang parmi les opérations classiques de la chirurgie militaire française. Nous avons pu voir à l'hôpital de Brescia, pendant la campagne d'Italie de 1859, un soldat sur lequel M. Isnard avait pratiqué cette résection.

Roux dont l'opinion est rapportée par Blandin ne paraît pas très partisan des résections articulaires dans les cas de plaies par armes à feu. « Tout prévenu que je puisse être en faveur de la résection des os, » considérée en général, je me sens disposé à lui préférer l'amputation » du membre, dans les coups de feu sur les articulations. »

Les résections articulaires dans les cas de plaies par armes à feu ont été surtout mises en usage dans l'armée anglaise, et cela se comprend facilement. La question des résections est depuis plus de quinze ans la préoccupation des chirurgiens anglais. L'organisation médicale de l'armée anglaise différente de la nôtre, et peut-être préférable en cela, avait amené en Crimée un assez grand nombre de médecins civils. Portant sur les champs de bataille, leurs habitudes de travail et les efforts de leur esprit investigateur, ils devaient chercher à appliquer dans les cas de lésions traumatiques articulaires, les procédés opératoires et les moyens thérapeutiques dont ils avaient pu, dans les hôpitaux civils, constater les bons effets dans les cas de carie, de tumeur blanche, etc.

Du 1er avril 1855 à la fin de la guerre, 43 résections furent faites dans

(1) *Mém. de chir. milit.*, t. I, p. 76; t. II, p. 171, 180; t. III, p. 27, 31. Paris, 1812. — T. IV, p. 32. Paris, 1817.

les hôpitaux militaires anglais. La statistique suivante en donne les résultats sommaires.

	Opérations.	Guerisons.	Morts.
Résection de la hanche	6	1	5
— du genou	1	»	1
— du calcanéum et de l'astragale	2	2	»
— de l'épaule	13	12	1
— de l'épaule et d'une partie de l'omoplate	1	»	1
— du coude	20	13	7
	43	28	15 (1)

La supériorité de la résection sur l'amputation est frappante, elle est des plus remarquables pour l'épaule, puisque sur 14 opérés il y eut 12 guérisons. Le succès est même assez extraordinaire pour que l'on doive ici invoquer le bénéfice d'une série heureuse.

La résection de l'articulation coxo-fémorale doit seule nous occuper. Est-elle praticable, peut-elle remplacer la désarticulation de la cuisse, dans quels cas doit-on la pratiquer? Telles sont les questions que nous devons chercher à résoudre.

La résection de la hanche dans les cas de plaie par armes de guerre paraît avoir été pratiquée pour la première fois par Oppenheim en 1829, lors de la bataille d'Eskiarna-Utlar dans l'expédition des Russes contre les Turcs (2).

Le fémur était brisé en trois fragments principaux, mais par une exception assez rare dans les plaies de la hanche par armes à feu, le bassin était intact. Tout alla bien jusqu'au dix-septième jour, mais la peste se déclara dans la salle et le malade qui la veille donnait de grandes espérances de guérison fut emporté en vingt-quatre heures.

Obs. I. — A neuf heures du matin, on transporta à l'ambulance un chasseur qui avait été frappé d'une balle à l'articulation coxo-fémorale gauche. On n'apercevait qu'une petite plaie aux téguments, et aucune contre-ouverture n'indiquait la sortie. Le toucher ne permit pas non plus de reconnaître la présence d'un corps étranger; la douleur que le malade éprouvait à chaque mouvement qu'on lui communiquait était excessive. Le pied gauche était tourné en dehors, et tout faisait présumer que la balle avait brisé le fémur et s'y trouvait peut-être logée.

M. Oppenheim agrandit la plaie pour y introduire le doigt, et y trouva un tel désordre qu'il

(1) Macleod, *Note on the Surgery of the war in the Crimea*, 1858.

(2) *Gazette médicale* (année 1835, p. 183).

jugea à propos d'agrandir son incision de 9 centimètres, afin de pouvoir extraire les esquilles avec plus de facilité.

Après avoir mis l'os à nu, il reconnut que le fémur avait été brisé immédiatement au-dessus du grand trochanter, et que le corps vulnérant avait suivi une direction oblique de bas en haut et de dehors en dedans. Il y avait peu de désordres aux parties molles, aucun aux gros vaisseaux et aux nerfs.

Le chirurgien fit alors saillir le fragment inférieur hors de la plaie, et en pratiqua la résection un peu au-dessus du petit trochanter ; par là, il gagna un peu d'espace et put examiner plus facilement le fragment supérieur.

Il vit que la capsule articulaire était déchirée, et qu'outre un grand nombre d'esquilles, le fragment supérieur était brisé en trois morceaux : le grand trochanter, la tête et son col.

Dans un de ces fragments, situé en bas et en dedans, M. Oppenheim crut reconnaître la balle, et résolut aussitôt d'agrandir la plaie pour extraire toutes les parties d'os brisées. A cet effet, il dénuda d'abord le grand trochanter de toutes les parties molles, puis il le déprima un peu avec la main gauche, afin de porter la tête du fémur en dedans et d'arriver derrière elle à la cavité cotyloïde. Il y réussit non sans beaucoup de difficultés, et parvint enfin à couper le ligament rond et à enlever de cette manière le plus grand des trois fragments ; il emporta sans peine les deux autres, ainsi que la balle. Une portion du bord supérieur du cotyle avait été détachée, et la surface, mise à nu, était rude au toucher. Le reste de la cavité parut sain.

La plaie, convenablement nettoyée, fut réunie par quatre points de suture ; à l'angle inférieur, on ménagea une boutonnière de 9 centimètres pour l'écoulement du pus ; le tout fut ensuite bandé convenablement.

Ce n'est que le troisième jour que M. Oppenheim vit son malade à Varna, où il avait été transporté immédiatement après l'opération, et il le trouva dans un état encore peu satisfaisant. A la levée de l'appareil, on reconnut quelques eschares superficielles. Le membre était chaud, douloureux et gonflé ; le pouls petit, fréquent ; le teint pâle, la langue sèche, la bouche tirée et les lèvres convulsées par intervalles. Comme le malade n'avait pas eu de selles depuis l'opération, on lui donna une potion saline, puis du calomel à alterner avec le nitre et l'opium. Ce dernier médicament fut administré à hautes doses pour prévenir les accidents nerveux. On enleva les points de suture, et on entoura toute la cuisse de compresses aromatiques.

Le lendemain, le malade était mieux, eut quelques selles et dormit tranquillement pendant plusieurs heures ; les eschares, qui n'étaient que très superficielles, tombèrent ; le pouls s'éleva et le malade prit quelques aliments. La tuméfaction de la cuisse était moindre, et par moments on observa quelques contractions musculaires.

Le sixième jour, enflure presque nulle, suppuration bonne, entraînant quelques esquilles ; disparition des accidents. Continuation des fomentations ; calmant à l'intérieur.

Jusqu'au dix-septième jour, l'amélioration paraissait très sensible, la suppuration abondante, mais bonne ; toutes les eschares étaient détachées ; les forces augmentaient. Mais malheureusement, le même jour, un malade de la salle fut atteint de la peste, et quoiqu'on l'eût éloigné à l'instant, cette nouvelle ne put être cachée au blessé, qui tomba sur-le-champ plus mal. La fièvre devint intense ; suppuration sanieuse, membre gonflé de nouveau, véritable typhus, délire la nuit ; mort le lendemain.

La seconde opération fut pratiquée par M. Seutin au siége de la citadelle d'Anvers (1831); l'observation fut publiée par M. Paillard (1).

(1) *Relation chirurgicale du siége d'Anvers.* Paris, 1832.

Le fémur était brisé comminutivement, on retira de la plaie seize fragments osseux de forme et d'étendue variables, 16 centimètres de fémur furent reséqués, mais le membre se tuméfia, se refroidit et la gangrène amena la mort le neuvième jour. C'est le seul cas où cette fâcheuse terminaison se trouve signalée.

Obs II. — Lisieux, soldat au 25e régiment de ligne, étant de service à la tranchée, reçut une balle de fusil de rempart à la partie externe et supérieure de la cuisse, au-dessus du grand trochanter. La balle traversa la cuisse gauche et fut sortir au périnée. Lisieux tomba et fut transporté de l'ambulance à l'hôpital militaire dans un état de commotion assez forte.

La plaie, assez largement débridée en dehors, fit reconnaître une fracture en éclat de la tête du fémur et du grand trochanter; celui-ci était détaché entièrement du corps de l'os. Le désordre dans les parties molles était très médiocre, mais l'état du malade peu satisfaisant; il était pâle, décoloré, sans forces.

Plusieurs des chirurgiens français pensaient qu'il n'y avait d'autre ressource à tenter que celle de l'extirpation de la cuisse; car on ne pouvait songer à conserver le membre dans l'état où était l'os. Mais M. Seutin voulut tenter une opération qu'il regardait comme infiniment moins chanceuse que l'enlèvement complet du membre abdominal; on préféra reséquer la partie supérieure du fémur. Il y avait trente-six heures que la blessure avait eu lieu, il était donc urgent d'agir. M. Seutin fit une incision depuis la crête iliaque jusqu'à 3 pouces au-dessous du grand trochanter, porta le membre dans l'adduction et pénétra au fond de la plaie, dont il enleva tous les fragments détachés; il y en avait quinze de forme et de volume différents; il fit saillir l'extrémité supérieure du fémur hors de la plaie, et le reséqua immédiatement au-dessous du dernier éclat de l'os. La tête du fémur était brisée justement au niveau du rebord de la cavité cotyloïde; il ne passait aucune saillie de cette tête en dehors de cette cavité, de sorte que l'on n'avait point de prise sur elle; aussi son extraction fut-elle longue et difficile; elle constituait le seizième fragment; aucune hémorrhagie n'eut lieu pendant cette laborieuse opération. 16 centimètres de l'extrémité supérieure du fémur, en y comprenant la tête et le col, avaient été enlevés. Les bords de la plaie furent rapprochés; un appareil simplement contentif fut appliqué. Le membre, demi-fléchi, fut placé sur un double plan incliné formé par des oreillers, plan incliné dont le sommet était au creux du jarret.

Pendant les premiers jours, le blessé donna quelques espérances de succès; son état de commotion disparut, ses forces se ranimèrent un peu, une meilleure coloration de la peau se fit remarquer; mais cette amélioration dura peu. Bientôt le membre tout entier se tuméfia, depuis les orteils jusqu'à l'aine; il devint froid, insensible, emphysémateux; la gangrène devint évidente. Lisieux succomba le neuvième jour de son opération (1).

Pendant la si longue durée des guerres que la France eut à soutenir en Algérie, aucune tentative analogue ne fut faite. L'opération n'a pas non plus été mise en usage par les chirurgiens militaires français pendant la guerre de Crimée. Je n'ai pas entendu dire non plus pendant

(1) Bonino, *Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. X, p. 389.

mon séjour à l'armée d'Italie, qu'on l'ait tentée pendant la dernière campagne (1859).

Six résections de la hanche furent faites dans les hôpitaux militaires anglais pendant le siége de Sébastopol par MM. Hyde, Cæsar, Blenkins, O'Leary, etc., malheureusement les observations n'ont pas été publiées *in extenso*, deux seulement l'ont été avec quelques détails. L'opération paraît également avoir été faite deux fois dans la guerre du Schleswig-Holstein.

Obs. III. — Thomas-M. Kenna, soldat au 68e régiment d'infanterie légère, âgé de vingt-cinq ans, entra à l'hôpital le 19 août 1855. Il venait de recevoir dans la tranchée un fragment d'obus sur le grand trochanter du fémur gauche. Le doigt indicateur pénétrait facilement jusqu'à l'os et permettait de sentir des esquilles détachées. On s'assura facilement que le col du fémur était fracturé, et le lendemain on se décida à pratiquer la résection. Le malade étant endormi par le chloroforme, on fit une incision le long du corps de l'os, entièrement séparé de sa portion articulaire, et on le scia au-dessous du petit trochanter. La tête fut enlevée facilement de l'acétabulum. Bien qu'aucun vaisseau ne réclamât de ligature, le blessé perdit une assez grande quantité de sang. On réunit par la suture entrecoupée. La jambe fut suspendue dans une gouttière de forte toile attachée à une traverse placée au-dessus de son lit ; le membre était placé dans une légère abduction, le talon très élevé.

Cette position donnée au membre avait pour but de chercher à rapprocher l'extrémité supérieure du fémur de l'acétabulum, et par la pression sur les parties postérieures et latérales du membre d'empêcher l'accumulation du pus au milieu des tissus.

Lorsqu'on enleva l'os fracturé, on constata que la fracture s'étendait obliquement en bas entre les trochanters et en haut à un demi-pouce environ du cartilage d'incrustation de la tête.

Quoique le pouls pendant plusieurs semaines restât toujours au-dessus de 100, les fonctions s'accomplirent bien, le sommeil et l'appétit furent bons. L'alimentation fut généreuse et variée, et on lui donna du vin en abondance. Il put quitter le lit à la fin de la douzième semaine et se promener avec des béquilles. Il fut embarqué pour l'Angleterre le 16 janvier 1856.

Quand il quitta la Crimée, la plaie était parfaitement réunie, sauf deux petites fistules permettant l'introduction de la sonde cannelée et laissant échapper une petite quantité de matière purulente. Il avait repris peu à peu de la force sur le membre opéré et pouvait fléchir, quoique dans de certaines limites, la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin. Il y avait un raccourcissement de 5 pouces. On peut espérer qu'à l'aide d'un soulier à haut talon et à semelle épaisse, il pourra facilement se servir de son membre, en ne s'aidant que d'une canne.

L'appareil employé pendant le traitement consistait en une gouttière de toile à voile s'étendant depuis les fesses jusqu'aux malléoles. Les bords étaient enroulés autour de deux cylindres de bois d'un demi-pouce de diamètre, saillant de 2 pouces vers le pied.

Deux cordes d'un mètre de long étaient fixées à l'extrémité des bâtons, et de leur milieu partait une autre corde s'attachant à la traverse. Pour prévenir les mouvements de latéralité, les bâtons qui formaient les bords de la gouttière étaient attachés aux côtés du lit (1).

L'opéré arriva à Chatham (Angleterre) en avril 1856 ; la plaie était tout à fait guérie (2).

(1) *Med. Times*, 1856, t. II, p. 298.
(2) *The Lancet*, juillet 1856, p. 45.

Obs. V. — William Smith, soldat au 1er bataillon du 1er régiment de la Reine, fut amené à l'hôpital des tranchées du mamelon Vert, en face Sébastopol, le 6 août, vers minuit. Il venait d'être blessé une heure auparavant d'un éclat de grenade, qui brisa d'abord en petits fragments une gourde de campagne qui était suspendue au niveau de la hanche gauche, puis le projectile pénétra à 1 centimètre en arrière du grand trochanter en faisant une ouverture de la largeur d'un schelling.

Le moindre mouvement produisait distinctement de la crépitation, et en explorant avec le doigt, je m'assurai facilement que le grand trochanter était fracturé ; mais je ne pus acquérir de certitude sur le degré d'extension de la fracture en haut et en bas. Je demandai une consultation à l'inspecteur général Taylor et au chirurgien d'état-major Paynter. Après un examen attentif, pratiqué après avoir soumis le malade à l'influence du chloroforme, nous nous assurâmes que le fémur était brisé comminutivement. Ces messieurs conseillèrent la résection ; je me rangeai de leur opinion, et nous commençâmes par pratiquer une incision de 9 pouces (23 centimètres) commençant à 5 centimètres en arrière de l'épine iliaque supérieure et antérieure et la descendant en droite ligne sur le grand trochanter. Une seconde incision transversale de 6 centimètres de long fut faite en arrière à travers le grand fessier, mais commençant immédiatement au-dessous du trochanter. La dissection nous permit facilement de mettre à nu le siége de la fracture ; le trochanter était brisé en plusieurs places, détaché et enseveli au milieu des muscles fortement contus. La fracture s'étendait obliquement en dedans, le long du fémur, dans l'étendue de 3 centimètres. Nous fîmes saillir le fémur à travers la plaie, et nous sciâmes tout ce qui était fracturé. Je désarticulai ensuite la tête, ce qui fut fait sans difficulté. Il y eut à peine 3 onces de sang de perdu, et il n'y eut pas de retentissement traumatique sur l'état général. Une seule petite artériole fut liée, et on réunit les deux lèvres de la plaie avec deux sutures et deux bandelettes de taffetas.

7 août à midi. — Deux heures après l'opération, le pouls étant faible, on ordonna du vin et de l'eau ; le soir le malade se trouve bien ; il n'éprouve pas le désir de prendre le thé de bœuf qui lui a été ordonné, mais il prend du vin et de l'arrow-root.

8 août. — Nuit bonne, membre en bonne position, 5 centimètres de raccourcissement ; pouls 100, peau moite ; selles dans la nuit.

9 août. — Le malade se sent bien, on enlève les sutures, la plaie a bon aspect, le raccourcissement a augmenté d'un centimètre. Pansement à l'eau.

10 août. — Peu de sommeil, pouls 114, suppuration de bonne nature, pas d'altération de la face. Deux œufs, une once d'arrow-root, 3 décilitres de vin et 2 pintes de bouillon de poulet.

12 août. — Continuation de l'amélioration. Un œuf frais, thé et rôtie pour déjeuner, à midi deux côtelettes de mouton et un verre de vin, à cinq heures une pinte de bouillon de poulet et un verre de vin.

14 août. — Pouls 118, une petite eschare existe à la partie inférieure de la plaie ; langue un peu sèche, plus de soif que de coutume. Potion de bicarbonate de potasse et d'acide tartrique deux fois dans la journée ; pansement à l'eau.

16 août. — Le malade est très fatigué de la chaleur (92° Fahrenheit, 33° centigrades), la suppuration a augmenté, l'eschare s'est détachée ; langue sèche. Il a mangé, sur sa demande et avec plaisir, une côtelette de mouton.

18 août. — Frisson vers dix heures du matin, traits altérés, langue sèche et brune, pouls filiforme, 125, suppuration abondante. Il a, outre le vin, une pinte et demie de porter, bouillon de mouton, une côtelette ; lotion de la plaie avec le sulfate de zinc.

20 août. — Figure pâle, altérée, peau froide, langue chargée, tendant à se sécher.

21 août. — Le matin le malade croit se trouver plus fort, mais le pouls diminue, devient irrégulier; mort à minuit et demi.

Examen du membre six heures après la mort. — La surface de section du fémur, l'acétabulum sont ramollis, l'os est facilement dénudé du périoste, les muscles sont infiltrés de pus, la nature n'a fait aucun frais de réparation (1).

Obs. VI. — Benjamin Shehan, caporal au 41e régiment, s'avança avec son corps le 8 septembre vers midi à l'assaut du Redan ; mais le régiment, qui avait pu se jeter dans l'ouvrage, fut ensuite obligé de battre en retraite, et c'est à ce moment que Shehan fut blessé. Il resta sur le champ de bataille jusqu'au lendemain, et fut porté alors à l'hôpital du génie (*Royal sappers and miners*).

En examinant la blessure, on trouva qu'un éclat de mitraille était entré vers le grand trochanter et, se dirigeant en avant et en dedans, était sorti à un pouce environ au-dessous du ligament de Poupart en dehors des vaisseaux fémoraux. Le fragment inférieur du fémur faisait saillie à travers la plaie, et l'introduction du doigt permettait de s'assurer que la fracture était comminutive. On se décida pour la résection, qui fut faite en présence de l'inspecteur général Taylor et des docteurs Paynter et Elliot.

Le 9 septembre, à une heure après-midi, une incision de 10 centimètres fut faite au-dessous du trochanter et menée en dehors du fémur. Le fragment inférieur dans l'étendue d'un pouce fut dégagé de ses insertions musculaires, et on le fit saillir à travers la plaie. On en retrancha environ un pouce ; la tête fut ensuite disséquée et retirée de sa cavité. Le malade mourut (2).

Nous ne possédons jusqu'à présent que 11 exemples de résection de la hanche dans les cas de plaies par armes à feu. Sur ces 10 cas nous n'avons qu'un seul fait de guérison celui de E. O'Leary. L'opération pourrait donc sembler au premier abord être fort peu satisfaisante, mais il ne faut pas oublier qu'on se trouve ici dans des circonstances de la dernière gravité et qu'il s'agit de blessures pour lesquelles on pratique le plus ordinairement l'enlèvement du membre inférieur tout entier.

Loin de moi la pensée d'établir comme élément définitif de jugement une statistique comparée des deux opérations; onze faits ne suffisent pas pour établir la valeur d'une opération rarement pratiquée et pour l'étude de laquelle les éléments nous manquent encore.

Mais avant d'en discuter la valeur, nous devons examiner si la résection, en raison des soins consécutifs qu'elle nécessite, est possible dans la pratique de la chirurgie militaire.

(1) J. Crerar, chirurgien au 68e régiment, campé devant Sébastopol le 24 août. — Guthrie, *Commentaries*, p. 526.

(2) Guthrie, *Commentaries*.

Si l'on jugeait par les résultats qu'elle obtient après les grandes opérations, la chirurgie militaire comparativement avec la chirurgie des hôpitaux civils, l'avantage ne serait guère du côté de nos confrères de l'armée; mais cette comparaison fâcheuse pour ces derniers, serait, hâtons-nous de le dire, souverainement injuste. Sur les champs de bataille, les ressources de toute nature, ressources si nécessaires et que nous trouvons si facilement dans nos hôpitaux, manquent très souvent, trop souvent peut-être; mais le reproche doit retomber sur qui de droit, c'est-à-dire sur le corps de l'intendance, qui, par une exception fâcheuse pour la France, dirige, commande, récompense et punit nos chirurgiens militaires.

A de certains jours, un nouveau combat, une nouvelle bataille vient en quelques heures encombrer de malheureux blessés, les hôpitaux temporaires déjà remplis par les victimes des luttes précédentes. La tâche des chirurgiens, déjà si grande, dépasse toute proportion, mais sans pouvoir jamais atteindre le niveau de leur dévouement. Ces blessés, en si grand nombre, ne peuvent être tous soignés jusqu'à leur guérison là où ils sont tombés. L'armée victorieuse marche en avant, elle ne peut même dans ce cas laisser ses malades dans les hôpitaux temporaires du camp, ils doivent être évacués sur les places qui présentent le plus de ressources, et il faut quelquefois alors faire parcourir aux opérés de longs trajets, sur des routes souvent mauvaises, défoncées par le passage des chariots de l'artillerie, et avec des moyens de transport presque toujours défectueux, car dans la prévision de nouveaux combats, l'armée ne peut se dessaisir de toutes ses voitures d'ambulance, qui, bien que employées toutes, seraient encore insuffisantes.

Il se présente donc, dans la pratique de la chirurgie militaire, des circonstances dans lesquelles l'amputation se trouve commandée par une fâcheuse nécessité; l'impossibilité de transporter à de longues distances un opéré qui ne pourrait guérir qu'au prix d'une parfaite immobilité.

Dans le cas spécial qui nous occupe, on comprend facilement qu'un malade auquel on aurait fait subir la résection de la hanche, ne pourrait être transporté sans courir des dangers certains; mais ces circonstances fâcheuses sont loin de se présenter toujours. Dans nos deux dernières guerres, en Crimée et en Italie, les conditions, du moins au point de vue du déplacement, se sont trouvées ou pouvaient se trouver

les mêmes que dans la pratique civile. De grandes villes possédant de nombreux hôpitaux, Brescia, Milan, Alexandrie, ont pu recevoir nos blessés et offrir un abri permanent à ceux auxquels des blessures graves ou des lésions osseuses interdisaient tout transport. Les ambulances permanentes de Crimée, pendant le siége de Sébastopol, se trouvaient sur ce point dans les mêmes conditions.

La résection de la hanche, comme celle du genou, ne nécessite jusqu'à la guérison aucun appareil qu'un chirurgien un peu industrieux ne puisse facilement confectionner, même dans les camps, elle peut donc presque toujours être faite dans les cas où une blessure par arme de guerre paraîtra la rendre nécessaire ou utile.

La résection de l'articulation coxo-fémorale présente-t-elle, au point de vue de la mortalité, des avantages sur la désarticulation de la cuisse? On ne peut certes, pour résoudre cette question, s'appuyer sur la statistique :

11 observations de résection ne suffisent pas pour établir que la mortalité après cette opération est comme 10 est à 1, et nous ne pouvons établir celle de l'amputation de la hanche. Nous nous contenterons de faire remarquer que devant Sébastopol 23 désarticulations pratiquées dans l'armée anglaise ont donné pour résultat 23 morts (1), de même dans l'armée française, sur 20 opérés il y eut 20 insuccès (2); au total, 43 opérations, 43 morts.

Si même nous prenons comme point de comparaison une opération beaucoup moins grave, l'amputation de la cuisse, nous verrons que, dans l'armée française, la mortalité, après cette opération, s'est élevée, d'après la statistique de M. Chenu, au chiffre effrayant de 92 pour 100, 1531 morts sur 1665 opérés, 8 guéris sur 100 amputés.

Depuis que Larrey a introduit dans la chirurgie militaire l'amputation de la hanche, faite pour la première fois par Lacroix (d'Orléans), et plus tard par Perrault (de Saint-Maur) en 1774, elle a dû être pratiquée bien des fois pendant les longues guerres qui ont ensanglanté la première moitié de ce siècle. Mais si nous manquons complétement de renseignements quant au nombre des opérations, on peut dire presque

(1) Macleod, *Notes chirurgicales sur la campagne d'Orient*. Londres, 1858.
(2) Malgaigne, *Médecine opératoire*, 7e édition.

avec certitude, que tous les faits de guérison ont été publiés. Or, en compulsant les annales de la science, nous n'avons trouvé que quatre cas authentiques de guérison après cette amputation faite pour plaies d'armes à feu.

Larrey ne guérit qu'un seul opéré, un dragon français blessé à Mozaïsk (1).

Guthrie obtint une guérison sur un officier français, François de Gay, blessé à Waterloo (2).

La guérison suivit une désarticulation, faite par Brice sur un soldat grec, blessé à la bataille navale du Pirée en 1827.

Enfin le dernier fait appartient à Baudens et s'est passé pendant nos guerres d'Afrique.

D'après Samuel Cooper (*Surgical Dictionary*, p. 93, art. Amputations), Guthrie aurait guéri un autre malade opéré par lui à Ciutad-Rodrigo en 1811. Browrig, chirurgien militaire anglais aurait aussi, suivant le même auteur, opéré un soldat après la bataille de Mérida et ce malade aurait été vu en bonne santé à Spalding en Lincolnshire (Angleterre).

Malheureusement Cooper se trompe au moins pour le malade de Guthrie, qui, à la page 62 de ses *Commentaires*, s'exprime ainsi : « L'opération fut faite en Espagne par feu Browrig à Ulras en 1811 et par moi-même après le siége de Ciudad-Rodrigo, mais aucun de nos malades ne guérit. »

Il y eut, comme on le voit bien, peu de succès. Si nous ajoutons à ces quatre faits les trois guérisons obtenues par MM. Jules Roux et Arlaud (de Toulon), dans des désarticulations de la hanche pour des plaies par armes à feu, mais pratiquées *secondairement après plusieurs mois*, nous arrivons à un total de sept succès pour un nombre d'opérations que nous avons tout lieu de supposer assez considérable, puisque la guerre d'Orient seule nous en fournit 43 exemples, mais sans un seul fait de guérison.

La résection donnera-t-elle plus de succès ? Autant qu'il est permis de juger à priori, il nous semble qu'une opération qui ne fait qu'agrandir une plaie déjà existante, que sectionner d'une manière régulière un os

(1) *Mém. de chirurgie militaire.* Paris, 1817, t. IV, p. 27, 50.
(2) Guthrie's, *Commentaries*, p. 62.

brisé en esquilles nombreuses, qui n'expose pas à l'hémorrhagie (les exemples le prouvent), qui permet de retirer les fragments osseux enfoncés dans l'épaisseur des tissus, doit faire courir au blessé moins de dangers que l'ablation brusque d'un des membres inférieurs dans sa totalité, opération qui amène dans la circulation une perturbation énorme et laisse à découvert une effroyable plaie.

D'ailleurs, ce que nous avons dit dans la partie de ce travail, consacrée à la résection dans les cas de coxalgie, les exemples nombreux de guérison que nous avons cités, ne doivent-ils pas engager à tenter la même opération dans les cas de plaies par armes à feu ? Si les éléments statistiques nous manquent sur ce point spécial, ne pouvons-nous recourir à ceux que nous offrent les résultats obtenus dans les faits de carie ou d'affections organiques ? Si la résection de la hanche est alors moins grave que la désarticulation, il y a tout lieu de croire que le même rapport subsistera entre les deux opérations pratiquées pour plaies par armes de guerre ; la mortalité fût-elle la même, n'y aurait-il pas encore un immense avantage à conserver au malade un membre qui lui sera encore très utile, au lieu de lui causer cette terrible mutilation qui le prive, ainsi qu'on l'a dit, du quart de son corps ?

Dans quelles circonstances peut-on ou doit-on recourir à la résection, quelles en sont les indications et les contre-indications ? Dans quels cas peut-on s'abstenir de toute opération, quand faut-il pratiquer la désarticulation ? Telles sont les questions qui doivent être posées et que nous allons chercher à résoudre avec l'aide des faits que possède la science.

Lorsqu'une balle, un éclat d'obus, un projectile quelconque viennent frapper le fémur à sa partie supérieure, il peut occasionner des désordres bien différents suivant son volume, sa direction, sa force de projection, sa forme et même sa nature. Ils peuvent n'atteindre que la surface de l'os en dehors de sa partie articulaire et n'en enlever qu'un éclat, sans déterminer l'éclatement du corps de l'os ; cette circonstance se présente surtout lorsque la balle n'atteint que le grand trochanter ; mais elle peut aussi briser comminutivement le fémur, sans que l'articulation se trouve ouverte. Le plus souvent elle broie en éclats le col de l'os, ouvre largement l'article, fracture l'os iliaque, pénètre même dans le bassin; de là des désordres bien différents dans leur gravité, et qui feront varier les indications thérapeutiques.

D'une manière générale on peut dire que les fractures comminutives des os sont devenues plus graves depuis les perfectionnements apportés aux armes de guerre. Les balles sphériques employées antérieurement rencontraient assez souvent les os sans les briser, ricochaient à leur surface et décrivaient ces trajets singuliers dont on rapporte de si nombreux exemples; quelquefois elles traversaient les extrémités spongieuses des grands os longs en y creusant une sorte de canal. Avec la balle cylindro-conique rien de semblable : douée d'un force énorme de projection et d'un vif mouvement de rotation sur son axe longitudinal, elle suit sans se dévier sa route meurtrière, traverse les tissus en brisant sur son passage les os qu'elle effleure. C'est au moins ce que nous avons pu constater sur de nombreux blessés de la guerre d'Italie et dans des expériences comparatives faites sur le cadavre l'année dernière, avec M. le professeur Gosselin. Pour les mêmes régions du corps, pour des blessures identiques comme siége, les balles cylindro-coniques ont occasionné d'effroyables désordres, qui ne pouvaient se comparer à ceux que produisaient les balles sphériques. Les os surtout étaient avec les premières brisés en innombrables éclats. Aussi, lorsqu'un semblable projectile aura fracturé le fémur dans sa partie supérieure et extra-articulaire, il y aura tout lieu de craindre que les désordres ne se prolongent jusque dans l'articulation, et la forme de la balle, la nature du corps vulnérant pourront être prises en considération dans le diagnostic de la lésion.

Cependant, si la direction de la plaie, le résultat de l'exploration par la sonde ou mieux l'examen direct avec le doigt lorsque l'ouverture est assez large, permettent de croire que la fracture ne s'irradie pas dans l'articulation, ou vers le corps de l'os, si les esquilles sont peu nombreuses, facilement accessibles, et surtout si le malade ne doit subir aucun transport, on pourra tenter la conservation du membre, sans recourir à d'autres opérations que celles que nécessiteront l'écoulement facile du pus, l'élimination des eschares, des corps étrangers, etc.

Mais il sera souvent fort difficile, quelquefois même impossible, de connaître assez exactement la nature et l'étendue des désordres pour oser confier à la nature seule la séparation des esquilles et la guérison d'une lésion aussi grave que celle des fractures comminutives de la partie supérieure du fémur. Presque toujours, le chirurgien devra, avant

de prendre son parti définitif, agrandir l'ouverture d'entrée, afin de s'assurer du plus ou du moins d'intégrité de l'articulation. C'est ce que fit M. Oppenheim et il put ainsi constater que la fracture s'étendait non-seulement à la tête fémorale, mais encore qu'une partie de la cavité cotyloïde avait été brisée. Que faire dans ces cas? — Tenter de conserver le membre en laissant une articulation aussi grande que celle de la hanche, non-seulement largement ouverte, mais encore renfermant les débris des os qui la constituaient, ce serait aller au-devant d'un insuccès.

On n'a donc que le choix entre la résection de la tête fémorale et la désarticulation de la cuisse. Dans quelles circonstances la résection sera-t-elle possible et préférable à l'enlèvement du membre? C'est ce que nous allons chercher à établir.

Les principales indications de la résection sont prises dans l'état des parties molles, le siége et l'étendue de la fracture.

Il faut, pour que la résection soit praticable, que les désordres des parties molles ne soient pas trop considérables, et ils ne pourraient l'être assez pour contre-indiquer l'opération que dans les cas où la blessure aurait été occasionnée par un large éclat d'obus, un boulet qui aurait porté son action obliquement de dehors en dedans, en enlevant une partie notable des chairs de la hanche ou de la fesse et en brisant en même temps le grand trochanter. Mais si la blessure est occasionnée par une balle, les lésions des parties molles seront toujours assez peu considérables pour permettre la résection. Cependant il peut arriver que l'artère ou la veine fémorale, les nerfs sciatique ou crural soient en même temps dilacérés par le projectile. C'est là une contre-indication formelle et la désarticulation sera dans ces cas une opération de nécessité. Le chirurgien devra donc, avant de faire un choix entre les deux opérations, s'assurer avec grand soin de l'intégrité des nerfs et des vaisseaux.

La fracture de fémur peut être sous-trochantérienne, extra ou intra-capsulaire, le bassin lui-même peut avoir été intéressé; que faire dans ces cas ?

Si la fracture est au-dessous, mais très près du grand trochanter, il faut chercher à s'assurer si elle ne s'irradie pas que dans l'articulation, ou si elle ne descend pas le long des corps de l'os; c'est ce qui est arrivé dans l'observation de M. O'Leary.

Mais si les lésions descendaient assez loin le long du corps du fémur, s'il était nécessaire pour enlever tous les éclats osseux de faire porter l'action de la scie à 3 ou 4 pouces au-dessous du trochanter, la résection ne serait plus possible, car le blessé guéri ne pourrait se servir de son membre, la distance entre le bassin et le fémur serait trop grande pour qu'on pût espérer la formation d'une fausse articulation, et la conservation du membre serait alors plus nuisible qu'utile.

La fracture peut siéger au niveau du grand trochanter, mais sans paraître s'étendre jusqu'à l'articulation. C'est dans ces circonstances que l'on pourrait être tenté de s'abstenir de toute opération ; cependant nous pensons que même alors la résection est indiquée. En effet, il faut, afin d'éclairer le diagnostic et pour enlever les esquilles, agrandir l'ouverture si elle est insuffisante pour permettre un examen complet. Il sera même alors difficile, souvent impossible de savoir si la tête n'est pas le siége d'un fêlure qui s'avance jusqu'au cartilage articulaire, quoique la capsule paraisse intacte; même en admettant l'intégrité de la tête fémorale, l'articulation est si près du foyer de la fracture, qu'elle s'enflammera presqu'à coup sûr et l'on sait le danger qu'amène cette inflammation dans de semblables circonstances.

La résection est, on peut le dire, une opération facile, l'ouverture qui aura permis de s'assurer de l'état des parties, devra à peine être augmentée pour permettre l'extirpation de l'os; donc de ce côté pas de danger plus grand, et tout nous porte à croire qu'il sera préférable, malgré l'ouverture de l'articulation, d'avoir une plaie osseuse régulière, d'enlever les esquilles enfermées dans les tissus, que d'y laisser des corps étrangers qui entretiendront une longue suppuration, et de conserver une surface osseuse irrégulière et peu disposée à faire le travail d'une bonne consolidation.

Si la tête fémorale se trouve brisée et l'articulation largement ouverte, toute incertitude cesse, à moins que la blessure des vaisseaux et des nerfs, l'extension de la fracture le long du corps de l'os ne deviennent une contre-indication.

Si la balle ou le projectile creux a fracturé le rebord de la cavité cotyloïde, la tête du fémur et une partie du bassin telle que l'ischion, la crête iliaque, la résection sera encore possible et préférable à l'amputation. Les exemples cités dans la première partie de ce travail nous

montrent que l'enlèvement de l'ischion et d'une partie de la crête iliaque est sinon facile, au moins possible, et que la guérison peut couronner les efforts du chirurgien.

En résumé, toutes les fois que les désordres des parties molles ne seront pas trop considérables, toutes les fois que les vaisseaux et les nerfs principaux seront intacts, que la fracture n'intéressera que la partie du fémur avoisinant l'articulation, la résection devra être faite. Mais si quelques-uns des nerfs ou des vaisseaux principaux se trouvent détruits, si la fracture descend à 8 ou 10 centimètres au-dessous du petit trochanter, si les désordres des parties molles sont considérables; si, enfin, il faut faire subir à l'opéré un transport long et difficile, la désarticulation est préférable, elle sera même parfois une nécessité.

Je n'ai pas ici à revenir sur ce que j'ai dit plus haut quant à l'utilité du membre après la guérison, le malade de M. O'Leary marchait avec facilité, il pouvait mouvoir le membre en avant, en arrière, fléchir la jambe sur la cuisse, la cuisse sur le bassin.

Les procédés opératoires varieront nécessairement avec l'étendue de la lésion. Presque toujours on sera amené à se servir de l'ouverture faite par le projectile, soit en l'agrandissant, soit en la comprenant dans l'incision. Cependant, si une plaie étroite et unique existait à la partie antérieure du membre près des vaisseaux intacts, il serait préférable de faire, en haut et en arrière, une incision soit linéaire, soit en T, comme nous l'avons vu à propos de la coxalgie. Mais dans les plaies par armes à feu, l'existence de la fracture forcera à faire l'opération en deux temps : 1° attirer au delà de la plaie la partie supérieure du corps du fémur, constater l'étendue des désordres et faire la résection si elle n'est pas contre-indiquée ; 2° ouvrir largement la capsule par sa partie postérieure et extirper la tête qu'on saisira, soit avec un fort davier, soit, ce qui nous paraît préférable, en vissant dans l'épaisseur du col un fort tire-balle qui augmentera ainsi la longueur du bras de levier.

Je n'ai pas à revenir sur le traitement consécutif ; les appareils manqueront souvent au chirurgien d'armée, ce sera à son esprit inventif et industrieux qu'il devra souvent recourir pour se créer des ressources. M. O'Leary fit faire avec de la toile à voile une sorte de hamac suffisant pour remplir les principales indications. Si, comme cela s'est présenté en Crimée, les hôpitaux permanents sont établis non dans des villes

abondamment pourvues de ressources, mais au milieu du camp, la moitié d'une des tentes-abris dont se servent nos soldats, quatre fort morceaux de bois fichés solidement dans le sol pourront constituer un hamac solide et un appareil suffisant en y pratiquant une ouverture au niveau de la plaie.

Telles sont les principales observations qu'a pu nous suggérer l'étude des faits que possède la science. De nouvelles observations sont nécessaires; c'est à nos confrères de l'armée qu'il appartient de fixer définitivement la valeur d'une opération encore inconnue parmi nous. Des guerres longues et sanglantes nous attendent encore; ma tâche sera remplie si j'ai pu, en attirant l'attention sur un point important de pratique chirurgicale, contribuer à conserver à un malheureux blessé, un membre que la désarticulation lui aurait enlevé, une existence qu'elle eût si gravement compromise.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

De la résection de la hanche, dans les cas de coxalgie et de plaies par armes a feu. 1

PREMIÈRE PARTIE. — Préliminaires. 1
Tableau statistique des résections de la hanche pour coxalgie 3
Art. I. — Historique 6
§ I. — Résection articulaire 10
§ II. — Résection de la hanche 12
Art. II. — Marche et terminaisons de la coxalgie 19
Art. III. — Des objections contre la résection. 22
§ I. — De l'inutilité de l'opération 22
§ II. — De l'implication de la cavité cotyloïde 23
§ III. — De la résection de la cavité cotyloïde 29
§ IV. — De la perforation de la cavité cotyloïde 35
§ V. — Résection d'une partie de l'os iliaque 40
§ VI. — De l'hémorrhagie. 44
§ VII. De l'état du membre après la guérison 45
Art. IV. — Indications et contre-indications de la résection 55
§ I. — Indications tirées de l'état général 55
§ II. — Contre-indications tirées d'affections concomitantes 60
§ III. — Indications tirées des lésions locales 64
A. Luxation spontanée. 66
B. État de la cavité cotyloïde 68
C. État du fémur 69
D. État des parties molles . . . . . , ... 71
Art. V. — Opération 75
Art. VI. — Traitement consécutif. 83
Art. VII. — Statistique de la résection coxo-fémorale 89
Tableau résumé de la statistique. 97
Résumé des observations de résection 98
Appendice 119
Tableau des observations de résections pour plaies par armes à feu.. 122

DEUXIÈME PARTIE. — De la résection de l'articulation coxo-fémorale dans les cas de plaies par armes à feu. 123

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.